

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Thérèse, Marie, Andrée EMIN

Née le 10 Mai 1921, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

29 JUIN 1951

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LÉSIONS UNGUÉALES

DANS LA
POLYARTHRITE CHRONIQUE ÉVOLUTIVE

Président : M. F. COSTE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Thérèse, Marie, Andrée EMIN

Née le 10 Mai 1921, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19 .

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LÉSIONS UNGUÉALES
DANS LA
POLYARTHRITE CHRONIQUE ÉVOLUTIVE

Président : M. F. COSTE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

DOYENS HONORAIRES
MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX (R.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu BROCCQ (P.)
	Saint-Antoine CADENAT (F.)
	Salpêtrière MONDOR (H.)
	Cochin QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	
Clinique gynécologique	DELAY (J.)
Cliniques médicales	MOCQUOT (P.)
	Hôtel-Dieu BENARD (H.)
	Bichat LAROCHE (G.)
	Cochin HARVIER (P.)
	Pitié LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOL (P.)
	Tarnier LEVY-SOLAL (E.)
	Baudelocque PORTES (L.)
	Port-Royal VELTER (E.)
Clinique ophtalmologique	LEMAITRE (F.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique physio-pathologique des problèmes mentales (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine de Travail	DESOILLE (H.)

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale . .	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	LE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	CORDIER (J.-C.)	Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
	Pr. s. ch.		LAURENCE (G.)
Anatomie pathologique	DEBEYRE (J.)		LEGER (L.)
	DELMAS (A.)		OLIVIER (Cl.)
	Mlle GAUTHIER-		PADOVANI (P.)
	VILLARS (P.)		POILLEUX (M.)
Bactériologie	Pr. s. ch.	Pathologie expérimentale	ROUX (M.)
	RUSSER (F.)		RUDLER (J.-C.)
Biologie médicale	FASQUELLE (R.)		VERNE (J.-M.)
	NEVOT (A.)	Pathologie médicale	MERKLEN (P.)
Chimie médicale	BOURLIERE (F.)		BERNARD (J.)
	ETTORI (J.)		BOUDIN (G.)
	Pr. s. ch.		CASTAIGNE (P.)
	JAYLE (M.-F.)		CONTE (M.)
Dermato- syphillographie	Pr. s. ch.	Pathologie médicale	DECOURT (J.)
	SCHAPIRA (G.)		DOMART (A.)
Histologie	DEGOS (R.)		DREYFUS (Gilbert)
	BULLIARD (H.)		FAUVERT (R.)
Hydrologie	Pr. s. ch.	Pédiatrie	HAMBURGER (J.)
	COUJARD (R.)		KOURILSKY (R.)
Hygiène	DESCLAUX (P.)		LAMY (M.)
	DEBRAY (C.)		MAURIC (G.)
Médecine légale	BOYER (J.)	Pharmacologie	MILLIEZ (P.)
	DEPARIS (M.)		PERRAULT (M.)
Neurochirurgie	DEROBERT (L.)	Physiologie	RAMBERT (P.)
	GAULTIER (J.)		THIEFFRY (St.)
Neurologie	N...		TURIAF (J.)
	SEZE (S. de)	Physique médicale	LAPLANE (R.)
Obstétrique	GRASSET (J.)		MARIE (J.)
	LEPAGE (F.)	Pédiatrie	LEVY (Mlle J.)
	MAYER (M.)		Pr. s. ch.
	MERGER (R.)	Pharmacologie	CHEYMOL (J.-H.)
Ophthalmologie	RAVINA (J.)		BARGETON (D.)
	VARANGOT (J.)	Physiologie	PARROT (J.-L.)
Oto-rhino- laryngologie	OFFRET (G.)		DOGNON (A.)
	DESVIGNES (P.)	Psychiatrie	Pr. s. ch.
Parasitologie	HALPHEN (E.)		DJOURNO (A.)
	Pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	GOUGEROT (L.)
Parasitologie coloniale ff	MADURO (R.)		BARUK (H.)
	BRUMPT (L.)	Stomatologie	MICHAUX (L.)
Pathologie chirurgicale	CHABAUD		CHAPUT (Mme A.)
	ABOULKER (P.)	Thérapeutique	BROUET (G.)
	BAUMANN (J.)		Chargé d'enseig
	GOSSET (J.)	Urologie	KUSS (R.)

**III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
POUR LE SERVICE DES EXAMENS**

MM. BASSET (A.) (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*),
GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (V.) (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*).

**IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.**

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE (A.)	Clinique médicale . . .	MARCHAL (G.)
	FUNCK-		MOUQUIN (M.)
	BRENTANO (P.)		SOULIE (E.)
	MENEGAUX (G.)	Clinique obstétricale . . .	DIGONNET (L.)
	PATEL (J.)		ECALLE (G.)
Clinique médicale . . .	SICARD (A.)		LACOMME (M.)
	BOULIN (R.)	Clinique ophtalmologique	SUREAU (M.)
	BROUET (G.)		RENARD (G.)
	CACHERA (R.)		AUBIN (A.)
	DELARUE (A.)	Clinique O.R.L.	
	GARCIN (J.)	Clinique	
	HAGUENAU (M.)	urologique . . .	COUVELAIRE (R.)
	LENEGRE (J.)		

MM.

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)

Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef . Docteur HAHN (A.).

Bibliothécaires Miles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES CHERS PARENTS

Leur affection, leur exemple, leurs conseils m'ont toujours soutenue et guidée; c'est à eux que je dois toute ma formation.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma filiale gratitude.

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTE

Professeur de Clinique Rhumatologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Président de la Commission du Rhumatisme
au Ministère de la Santé Publique
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il m'a accueillie avec bienveillance
dans son service; il m'a fait le grand
honneur de présider cette thèse.*

*Qu'il accepte l'hommage de ma pro-
fonde reconnaissance.*

AU DOCTEUR F. FRANCON

Médecin de l'Hospice Thermal d'Aix-les-Bains
Membre Correspondant National de l'Académie de Médecine

*Il m'a donné le sujet de ce travail,
il m'a aidée de ses conseils, de ses critiques,
de son assistance.*

*Je le remercie de tout cœur et lui
exprime mon très respectueux attachement.*

AUX DOCTEURS :

**FORESTIER, GRABER-DUVERNAY,
G. DU LAC, ROZIER, TREPSAT**

Médecins de l'Hospice Thermal d'Aix-les-Bains

*Avec ma vive reconnaissance pour l'extrême
gentillesse de leur accueil, pour
les observations qu'ils ont bien voulu
mettre à ma disposition, pour la documentation
qu'ils m'ont donnée si volontiers.*

AU DOCTEUR HERBERT

Président de la Société Médicale d'Aix-les-Bains
Chirurgien Chef des Hôpitaux d'Aix-les-Bains
Membre Correspondant National de l'Académie de Médecine

Avec ma gratitude pour les remarques qu'il a bien voulu me faire et pour son accueil plein d'aménité.

AU DOCTEUR BIETH

Avec tous mes remerciements pour les références dermatologiques que je lui dois et pour son aide si précieuse.

A MONSIEUR DELAUNAY

Directeur Général des Hôpitaux d'Aix-les-Bains

Avec toute ma gratitude pour m'avoir si bien accueillie dans ses fondations, avoir facilité mon séjour et l'avoir rendu agréable.

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTE
A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Depuis la célèbre thèse de CHARCOT (1853), le rhumatisme articulaire chronique progressif inflammatoire, la P.C.E. ou polyarthrite chronique évolutive n'a jamais cessé d'être à l'ordre du jour et les récents travaux sur la cortisone et l'A.C.T.H. l'ont encore poussé au premier plan de l'actualité.

S'il est rituel de toujours parler des troubles trophiques qui, dans cette affection, portent sur les extrémités et en particulier sur les phanères, nous avons été frappée par l'extrême pauvreté de la littérature médicale, tant dermatologique que rhumatologique, sur les altérations unguéales qui tiennent cependant une bonne place dans cette acropathologie. C'est cette lacune que nous voudrions commencer à combler.

Nous apportons ici douze observations détaillées de P.C.E. et la description de l'état unguéal dans neuf autres cas, c'est dire le caractère fragile et provisoire de nos conclusions. Il sera donc nécessaire que cette enquête soit poursuivie sur une série beaucoup plus importante, plus longuement suivie, avant de fournir une documentation valable pour le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique : il nous faudra apprendre à lire sur l'ongle comme, dans bien des cas déjà, nous savons le faire sur la peau.

*
**

Avant d'entreprendre l'étude proprement dite de notre sujet, nous voudrions exposer les grandes lignes de cette forme de rhumatisme dans laquelle nous étudions les ongles, la P.C.E., et faire un bref rappel de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie des ongles afin de poser quelques définitions et d'éviter les confusions.

La polyarthrite chronique évolutive

DÉFINITION ET -SYNONYMIE.

Son nom de polyarthrite chronique évolutive la définit assez bien. C'est en effet une maladie de nature inflammatoire qui touche plusieurs articulations et qui, une fois installée, ne rétrocede jamais entièrement mais subit une évolution qui, d'abord active, tend dans une deuxième phase à une stabilisation au cours de laquelle les lésions locales s'organisent et se fixent.

Ajoutons, pour définir plus complètement la maladie, les nombreux synonymes qui servent à la désigner tant en France qu'à l'étranger. La P.C.E. correspond en effet au rhumatisme articulaire chronique progressif de CHARCOT, à la polyarthrite chronique symétrique progressive de BEZANÇON et M.-P. WEIL, au rhumatisme chronique progressif inflammatoire dont on la désigne souvent à l'heure actuelle en France. Dans les pays anglo-saxons, on l'appelle « rheumatoid arthritis », « proliferative arthritis », « atrophic arthritis ». En Allemagne, c'est la polyarthrite chronique primaire ou secondaire selon qu'elle se développe spontanément ou qu'elle fait suite à la maladie de Bouillaud.

Elle évolue en trois périodes : une période de début, une période active et une période de stabilisation.

PÉRIODE DE DÉBUT.

Le début de la maladie est très variable d'un individu à l'autre. On peut cependant retenir quelques caractères qui paraissent dominants.

La maladie survient beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes et c'est soit dans les premières années de l'âge adulte, soit aux alentours de la ménopause que se déclare la polyarthrite.

Le plus souvent, la première atteinte revêt une allure aiguë : gonflement rapide des articulations en cause, douleur intense avec gêne fonctionnelle, chaleur locale. Généralement les signes articulaires s'accompagnent d'une atteinte de l'état général : fièvre plus ou moins élevée, fatigue.

Les premières articulations touchées sont habituellement distales : les poignets et les mains en particulier. Les articulations phalangophalangiennes de l'index et du médius n'échappent à peu près jamais à cette première atteinte.

Dans un certain nombre de cas, la maladie se déclenche au décours d'une maladie infectieuse ou d'une intervention chirurgicale.

Cependant toutes les formes peuvent se voir. La P.C.E. survient aussi chez les hommes; elle peut se déclencher à n'importe quel âge, n'atteindre d'abord qu'une articulation, toucher les genoux et les coudes en premier lieu, être même chronique d'emblée.

PÉRIODE ACTIVE.

C'est la période la plus typique de la maladie. On voit, au cours des semaines, des mois, des années qui suivent le début, le processus se généraliser à la plupart des articulations. Classiquement, cette évolution se fait de façon centripète et symétrique, les membres supérieurs étant habituellement atteints avant les membres inférieurs. Mais la pratique journalière montre que les exceptions sont fréquentes.

Chaque articulation évolue pour son propre compte. Comme nous l'avons déjà dit, le début est généralement aigu : l'articulation est globuleuse par atteinte de la synoviale, avec parfois hydarthrose, et par atteinte des tissus périarticulaires. Elle est chaude au toucher et est très douloureuse spontanément et à la palpation. La douleur est exagérée par la mobilisation active ou passive. La mobilité est diminuée. Tous ces signes s'atténuent en un temps variable et peuvent même rétro-

céder complètement et laisser l'articulation apparemment guérie, mais plus sensible à une nouvelle poussée rhumatismale.

Le plus souvent la chaleur diminue et disparaît, le gonflement s'atténue, mais les mouvements deviennent de plus en plus limités et on assiste à l'apparition progressive de l'enraidissement articulaire et des déformations caractéristiques de la maladie. Les mains, presque toujours touchées, sont particulièrement évocatrices : le poignet est gonflé, limité dans ses mouvements, avec tendance à la flexion; les deuxièmes et troisièmes articulations métacarpophalangiennes sont gonflées; les doigts, généralement un peu fléchis sur les métacarpiens, sont déjetés du côté cubital, en coup de vent. Le gonflement des articulations phalangiennes et l'effilement de la phalange donnent aux doigts un aspect en fuseau qui, à lui seul, évoque la P.C.E.

Pendant cette période l'état général est toujours plus ou moins atteint. La température n'est jamais très élevée ($37^{\circ}5-38^{\circ}$) ; les ganglions sont parfois augmentés de volume. L'amaigrissement est très fréquent.

Les radiographies ne montrent guère, à ce stade, qu'une décalcification épiphyso-diaphysaire.

La vitesse de sédimentation globulaire renseigne sur le degré d'évolution de la maladie. A cette période, elle est très accélérée, atteignant parfois en une heure 50 à 100 mm. ou même davantage (méthode de Westergreen). La réaction de Vernes à la résorcine ou la recherche de l'indice d'haptoglobinémie donnent des résultats parallèles.

Cette phase active de la maladie a une durée variable selon les individus, selon la forme clinique de la polyarthrite et la manière dont elle est traitée. En règle, elle dure plusieurs années. Elle se fait par poussées. Puis peu à peu, on arrive à la phase de stabilisation.

PÉRIODE DE STABILISATION.

Cette phase de la maladie est celle des attitudes vicieuses irréductibles. A ce moment, la P.C.E. est refroidie et l'on se trouve en présence des séquelles de la période précédente.

La malade, à ce stade, ne souffre généralement plus, mais elle est extrêmement gênée dans la vie courante par l'impotence fonctionnelle de la plupart de ses articulations. Les coudes se fixent classiquement en demi-extension, ce qui gêne considérablement les actes de manger et de se coiffer, quand ceux-ci sont encore possibles ! Les genoux et les hanches, laissés à eux-mêmes, se fixent en demi-flexion, ce qui rend la marche impossible et condamne la rhumatisante au lit.

Du point de vue local, on trouve des articulations déformées, souvent augmentées de volume, ayant souvent une angulation anormale. Les mouvements sont très diminués dans leur amplitude, souvent douloureux dans leur position extrême. A un stade avancé, l'ankylose est totale.

L'atrophie musculaire est variable. Les troubles trophiques ne sont pas rares : glossy-skin des Anglais, érythème vermillon de la pulpe des doigts et des orteils.

Les lésions sont évidentes et l'examen radiologique ne sera fait que pour prévoir, dans une certaine mesure, les difficultés de correction.

La vitesse de sédimentation globulaire, la réaction de Werners, l'indice d'haptoglobulinémie donnent des chiffres qui, sans être tout à fait normaux, tendent à se rapprocher de la normale.

Cette période de stabilisation a une durée indéfinie. Elle est d'ailleurs souvent entrecoupée de poussées évolutives. C'est à ce stade qu'on observe souvent un certain relèvement de l'état général.

Telle est l'évolution classique, avec parfois des phases inattendues de rémission prolongée ou même de rémission spontanée. Sur ces deux éventualités, le médecin ne doit jamais compter, mais toujours faire le traitement maximum.

Il faut ajouter que depuis la découverte de l'or, on peut bien souvent arrêter la maladie au stade de début et la faire même plus ou moins régresser à la période d'état ; cela à condition de faire un traitement suffisamment persévérant. Dans ces derniers mois, la découverte de la cortisone et de l'AC.T.H. permet des espoirs encore plus beaux, mais il est encore pré-

maturé d'émettre une appréciation judicieuse sur leur valeur pratique et surtout sur le temps pendant lequel ces deux hormones doivent être données.

Dans ces dernières années d'ailleurs, orthopédistes et chirurgiens ont également contribué à rendre moins sombre le pronostic que nous formulions plus haut.

L'ongle

ANATOMIE

L'ongle est formé d'une lame cornée et dure, demi-transparente, adhérente à une couche épidermique qui est le lit, et implantée dans la peau de la dernière phalange.

La *lame* a la forme d'un rectangle aux angles arrondis dont le bord antérieur ou bord libre, est légèrement convexe et dont le bord postérieur ou racine, mince, légèrement concave, s'enfonce sous un repli sous-cutané. La longueur de la lame varie suivant les individus et est fonction des dimensions de la phalangette et des parties molles qui l'entourent. En gros, on peut dire qu'elle recouvre la moitié antérieure de la phalangette. La lame est convexe dans le sens transversal, plus ou moins selon les sujets. Il existe également une légère convexité dans le sens longitudinal. Les deux surfaces de la lame sont lisses. La face dorsale est légèrement brillante, même en dehors de toute action du polissoir ou des vernis. Isolée des tissus sous-jacents, la lame a une coloration gris-jaunâtre. Sur l'individu vivant, le bord libre conserve cette teinte, mais le reste de la lame a une teinte rosée due à la coloration du lit unguéal vu par transparence. Sur certains ongles, cette coloration rosée n'atteint pas, à la partie médiane, le repli sus-unguéal : il y a là une zone presque blanche, de taille variable, à limite convexe dans le même sens que le bord libre de l'ongle : la *lunule*.

Le pourtour de la racine de la lame est enclavé dans un sillon formé par la peau qui s'étend au-dessus de la lame puis

revient en arrière en s'adossant à elle; ce sillon a reçu le nom de *matrice*.

Ainsi donc, partant de la face dorsale du doigt, on rencontre successivement : l'épiderme normal, le repli sus-unguéal, la matrice, le lit unguéal qui se continue au delà du bord libre par le tégument qui recouvre l'extrémité du doigt.

La couche cornée du repli épidermique sus-unguéal se continue par une petite membrane, l'*éponichium*, qui recouvre la lame.

La lame représente le stratum lucidum; la matrice et le lit : le corps muqueux et la couche germinative de l'épiderme.

PHYSIOLOGIE

La croissance des ongles est assurée par la matrice et la couche de Malpighi. L'ongle se régénère d'abord par sa racine et sa progression est centrifuge. La substance unguéale prend contact au fur et à mesure avec la couche de Malpighi dont elle excite la prolifération. L'ongle naissant est plastique, déformable; il est consolidé par l'épaississement. L'ongle est donc un tissu vivant où se révèle la force de régénération de l'organisme.

L'accroissement de l'ongle, qui varie suivant l'âge, est de 4 à 14 centièmes de millimètre par jour, soit de 1,2 à 4,2 mm. par mois, ce qui fait que, dans ces conditions, l'ongle se renouvelle entièrement de une à quatre fois par an. La plus grande rapidité de croissance se manifeste de cinq à trente ans; avant la troisième et après la soixantième année, la croissance est minime.

La croissance de l'ongle dépendant de l'activité de la matrice unguéale et de celle du lit unguéal, toute altération de ces tissus, toute diminution de leur vitalité se traduisent par un arrêt de la croissance ou par des anomalies dans la formation de l'ongle.

PATHOLOGIE

L'ongle peut être atteint d'une manière élective par un processus morbide siégeant à son niveau même, comme c'est le cas de certaines affections dermatologiques, mais le plus souvent les modifications anormales de l'ongle ne sont que le reflet, l'expression d'un processus pathologique qui se développe ailleurs et n'atteint l'ongle que d'une manière secondaire.

Dans tous les cas, il convient d'étudier, sans préjuger de leur cause, les différents troubles que peuvent présenter les ongles. Nous n'avons qu'à reprendre l'anatomie et la physiologie de l'ongle pour avoir une idée claire de la question car tous les caractères normaux de l'ongle peuvent être altérés en cas d'atteinte unguéale.

MODIFICATION DE LA FORME GÉNÉRALE.

La longueur de la lame peut être augmentée ou diminuée par rapport à la longueur de la phalangelette : ongles « longs » ou « courts ».

La largeur peut être augmentée ou diminuée par rapport à la longueur de la lame : ongles « larges » ou « étroits ».

Les bords peuvent être modifiés dans leurs proportions ou dans leur forme; l'ongle ainsi déformé, évoquera plus ou moins, selon l'importance et la variété des troubles, un cercle, un carré, un trapèze, un triangle.

MODIFICATIONS DE LA CONVEXITÉ.

Elle peut être augmentée dans le sens transversal ou dans le sens longitudinal, ou encore dans les deux sens, comme c'est le cas, on le sait, de l'ongle hippocratique.

Elle peut être diminuée dans un des deux sens ou dans les deux à la fois. Cette diminution de la convexité peut atteindre des degrés variables. Malgré elle, si elle n'est pas trop forte, l'ongle peut rester convexe; mais il peut aussi, si elle est plus importante, devenir plat ou même concave.

MODIFICATIONS DE LA COLORATION.

Le brillant naturel peut être exagéré ou diminué ou même, dans certains cas, disparaître. Dans cette dernière éventualité, c'est l'ongle de « cadavre » ; certains auteurs, dans ce cas, parlent d'ongle « sec ».

La demi-transparence de la lame peut être altérée dans son ensemble ou en certains points. Il s'agit habituellement de diminution de la transparence et de la formation de taches blanches, comme c'est le cas si fréquent, ou jaunes ou brunes comme c'est beaucoup plus rare. Exceptionnellement, la lame est altérée dans son ensemble et UNNA a décrit sous le nom de « *leuconychie* » une lame totalement blanche.

Les tissus sous-jacents peuvent être vascularisés d'une manière anormale et donner à la lame une coloration franchement rouge ou, au contraire, cyanosée.

Les lunules peuvent être diminuées dans leur nombre ; nous ne considérons ce trouble comme vraiment pathologique que si le nombre des lunules est inférieur à trois par main. Elles peuvent être modifiées dans leur forme et dans leur taille.

MODIFICATIONS DE L'ÉPAISSEUR ET DE LA QUALITÉ.

Ce sont les plus importantes et les plus variées.

Elles peuvent toucher la totalité de la lame : ongles « épais », ongles « durs », ongles « amincis », ongles « mous ».

Elles peuvent être localisées.

Dans le sens longitudinal, ce sont le plus souvent des épaississements. On les désigne sous le nom de *stries*. Ce terme nous paraît impropre car la « strie » indique habituellement un trait creux, une fine rigole. Le terme de « crête » par exemple, conviendrait sans doute mieux. Cependant nous conserverons ce terme de « strie » d'abord parce qu'il est d'usage courant et ensuite parce que, lorsque les crêtes sont assez nombreuses sur l'ongle, elles lui donnent un aspect « strié » au sens propre cette fois, puisque, entre les crêtes nous avons des dépressions longitudinales. Ces stries sont plus ou moins visibles et plus ou moins nombreuses sur le même ongle. Elles

peuvent être discontinues, formées d'épaississements ovalaires de un à quatre millimètres de long, d'autant plus courts qu'ils sont plus nombreux sur une même ligne longitudinale; c'est ce que WALTER désigne par « chapelet unguéal »; en raison de l'aspect ovalaire des grains et de leur peu de relief, nous préférons les désigner sous le nom de « *chaînettes* ». On peut voir également des diminutions de l'épaisseur dans le sens longitudinal, ce sont les *cannelures*.

Les modifications transversales ont été décrites par BEAU. Nous avons alors, parallèlement au bord libre de l'ongle soit une simple dénivellation, soit un sillon creux, soit une surélévation linéaire, les modifications pouvant d'ailleurs s'associer. Il peut, du reste, y avoir plusieurs *lignes de Beau* sur le même ongle.

Ces troubles du relief peuvent avoir un siège variable. Les petits points creux ou « *ponctuations* » peuvent se rencontrer en plus ou moins grand nombre en n'importe quelle partie de la lame. Le bord libre et la partie voisine de la lame peuvent subir un épaississement plus ou moins important qui peut atteindre un tel degré qu'il évoque une griffe : c'est l'*onychogryphose*. On a décrit sous le nom d'« *helconyxis* » la destruction partielle de la lame : perte de substance plus ou moins arrondie, à l'emporte-pièce, apparaissant sous la lunule et laissant à nu le lit sous-jacent.

MODIFICATIONS DU BORD LIBRE.

N'étant plus soutenu par les tissus sous-jacents, le bord libre peut manifester des troubles plus accusés que la lame. C'est ainsi que les altérations de la qualité de la lame sont très nettes à son niveau. Nous venons de voir l'*onychogryphose*. A l'inverse, le bord libre d'un ongle mou se laisse plier ou redresser avec facilité. Un bord libre cassant ou friable attirera l'attention sur l'état de la lame entière.

MODIFICATIONS DE L'ÉPONICHIMUM.

Dans les cas pathologiques, cette membrane est habituellement plus grande que normalement, c'est-à-dire qu'elle recou-

vre davantage la lame et, dans ce cas, elle est généralement très amincie et se détache de la peau de la phalangette sans le moindre repli : la peau, l'éponichium et la lame paraissent ainsi se continuer directement; l'éponichium « colle » à la lame et s'en laisse très difficilement séparer.

L'éponichium peut encore être irrégulier dans sa forme ou dans son épaisseur.

MODIFICATIONS DE LA LAME PAR RAPPORT AUX TISSUS VOISINS.

L'ongle peut déborder latéralement les tissus de la phalangette.

L'ongle peut être décollé par rapport aux tissus sous-jacents, c'est ce qu'on appelle l' « *onychochizie* ». Le décollement peut, selon les cas, commencer par le bord antérieur ou le bord postérieur. Si le décollement se fait par le bord postérieur, la lame se sépare peu à peu de la matrice et, par l'effet de sa croissance, gagne peu à peu l'extrémité du doigt tandis qu'un ongle nouveau apparaît au niveau de la matrice et s'insinue sous le bord postérieur de l'ongle précédent; les deux lames s'imbriquent alors comme les tuiles d'un toit. Parfois, le décollement débute par le bord libre et évolue en sens contraire pour gagner peu à peu le repli sus-unguéal.

MODIFICATIONS ASSOCIÉES.

Le plus souvent, l'atteinte pathologique de l'ongle se manifeste par plusieurs troubles associés. Nous serions très incomplets si nous ne décrivions pas quelques-unes de ces associations.

L'ongle *hippocratique* est caractérisé non seulement par l'augmentation dans les deux sens de sa convexité, mais encore par un épaississement global de l'ongle.

L'ongle *en verre de montre* est un ongle trop large, débordant latéralement les parties molles qui devraient normalement l'entourer; il est, de plus, mince et mou.

L'ongle *en noyau de datte* est étroit et sa convexité transversale est exagérée.

Dans la *koïnolychie*, l'ongle est mince et fragile et creusé en cuiller là où il est le plus mince.

L'*onychorrexis* se caractérise par une très grande friabilité de la lame qui prend un aspect inégal et raboteux, devient striée de fissures et de sillons longitudinaux. Dans les cas peu intenses, l'ongle conserve sa forme générale, mais sa surface présente une série de fines cannelures surmontées d'une double ou d'une quadruple rayure due à l'éclatement et à la desquamation d'une ou de deux couches superficielles de substance unguéale se faisant suivant la ligne de faîte de la cannelure. En même temps, l'ongle est aminci, son bord libre est fissuré et irrégulièrement cassé. Dans les cas très intenses, la lame est aplatie, les fissures du bord libre atteignent la partie adhérente de l'ongle et sont douloureuses.

Historique

Ce chapitre sera assez court car, comme nous l'avons déjà dit, si tous les auteurs parlent des troubles trophiques dans cette forme de rhumatisme et les décrivent plus ou moins abondamment, très rares sont ceux qui mentionnent les troubles unguéaux et encore plus rares ceux qui les décrivent.

CHARCOT en 1874, dans les grandes leçons cliniques qu'il consacra à l'étude de ce rhumatisme, décrit les troubles trophiques qu'il a constatés au niveau de la peau, mais ne parle pas des ongles.

MOURIQUAND et MICHEL en 1922, dans le *Traité de Pathologie Médicale* décrivent assez longuement les troubles trophiques mais passent très vite sur les altérations des ongles : « Ils deviennent irréguliers, cassants, parfois très volumineux et plus ou moins contournés ».

LANCEREAUX, cité par TEISSIER et ROQUES en 1924, écrivait : « Les ongles des doigts et des orteils peuvent s'hypertrophier, se canneler ou s'incurver, ils deviennent fragiles et tombent souvent ».

A. LÉRI en 1926, dans son étude sur les affections des os et des articulations ne fait que mentionner l'existence des troubles trophiques et unguéaux : « Quant aux troubles trophiques variés qui accompagnent toujours le développement du rhumatisme déformant, amyotrophies, modifications de la peau et des annexes, ongles et poils, ils doivent faire penser à une atteinte du système nerveux, mais on les observe aussi de façon commune, à un degré généralement moindre il est vrai, dans les arthropathies dues à des causes purement locales, dans les arthrites infectieuses par exemple ».

MUSSIO FOURNIER, OREGGIA et GARRA, en 1927, ont publié dans le Bulletin et Mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris l'histoire de deux malades chez lesquels ils avaient trouvé la curieuse association morbide d'un syndrome de rhumatisme chronique déformant, d'épidermolyse et d'onychogryphose.

PEMBERTON, en 1933, dans son livre sur le rhumatisme chronique constate « la modification lentement progressive de la texture et de l'aspect des ongles. » Ils présentent alors une striation longitudinale, s'amincissent, s'aplatissent un peu transversalement; ils deviennent friables de sorte qu'ils se cassent facilement; sur quelques doigts cet état peut s'accompagner d'un épaississement du bord libre.

Henri et Jacques FORESTIER, en 1937, dans un article publié par les Archives de Rhumatologie, sur les orientations diagnostiques fournies par l'examen clinique des mains des rhumatisants, mentionnent les altérations unguéales parmi les troubles trophiques : « L'aspect des ongles, striés, cannelés, friables, sont un signe fréquent de l'atteinte globale des tissus de la main ».

COMROE, en 1939, dans son ouvrage très documenté sur le rhumatisme, décrit, dans la P.C.E., plusieurs altérations unguéales mais sans souligner leur fréquence relative. C'est ainsi qu'il parle d'ongles « secs », « cassants », « striés avec ou sans fissures », « ponctués ». Il mentionne encore l'hyperkératose et, dans quelques cas, le décollement de la lame à partir du bord libre et pouvant même atteindre la racine et entraîner la perte de l'ongle. Il parle encore, dans les cas anciens, des modifications des ongles : allongement, épaississement, pigmentation, irrégularité de relief, disparition du brillant de la lame et, dans certains cas onychogryphose.

R. SIMONS, la même année, publiait dans les « Archiv für Dermatologie und Syphilis » une observation très intéressante. Il a en effet constaté chez un homme de trente-six ans, atteint de P.C.E. depuis 8 ans, la présence au niveau de tous les ongles, d'une pigmentation brune et d'une ligne transversale de Beau. Voulant suivre l'évolution de ces deux modifications, il fit des photographies de contrôle tous les deux mois et découvrit ainsi

un ralentissement très marqué de la croissance des ongles de ce malade. Il rapproche de ces troubles unguéaux le traitement aurique suivi par cet homme pendant un an et demi avant l'apparition des modifications des ongles. Il remarque, en outre, que les ongles de la main la plus atteinte sont plus secs et plus épais que ceux de l'autre main.

F. FRANÇON, en 1941 dans la Revue de Rhumatologie attire l'attention sur les troubles unguéaux de la P.C.E. et souligne deux modifications particulières : la diminution de la longueur des ongles et les troubles de leur coloration en insistant sur cet aspect « terne et blafard de l'ongle ».

En 1946, ce même auteur, dans ses Conférences Cliniques de Rhumatologie pratique insiste à nouveau sur les manifestations unguéales de la P.C.E. Pour lui, « les ongles sont presque toujours touchés; ils sont amincis plus souvent qu'épaissis, avec des striations longitudinales, bien plus rarement transversales, des ponctuations, des taches blanches. Leur couleur est modifiée de façon variée; d'ordinaire ils sont ternes et ont l'apparence d'ongles de cadavre. Leur friabilité est plus grande que d'habitude ».

H. MANGIN, la même année, dans son livre sur l'étude clinique des ongles, décrit, dans le rhumatisme, des ongles « cannelés, fréquemment bombés et quelque peu hypertrophiés, striés, souples et minces », mais il ne précise pas s'il s'agit de rhumatisme inflammatoire ou de rhumatisme dégénératif.

En comparant l'opinion de tous ces auteurs sur les altérations unguéales, on peut en faire ressortir quelques-unes qui ont particulièrement attiré leur attention. Ce sont les striations longitudinales, l'épaississement de l'ongle, son aspect sec et cassant qui sont notés le plus souvent. Puis viennent l'amincissement, le décollement de la lame et la chute de l'ongle, les cannelures, les ponctuations, les troubles de la convexité, la pigmentation, les modifications de la longueur. L'onychogryphose, relevée deux fois, frappe évidemment le clinicien, mais ne paraît pas cependant être une modification fréquente des ongles au cours de la P.C.E.

Il semble bien que tous ces auteurs ,en indiquant les altérations unguéales du rhumatisme chronique progressif ne font que donner l'impression générale qu'ils en ont pour avoir regardé les ongles des très nombreux malades qui ont passé entre leurs mains. Aucun travail précis ne paraît avoir été fait qui ordonnerait tous ces troubles selon la fréquence avec laquelle ils existent dans la P.C.E. et s'efforcerait de les interpréter. C'est ce que nous voudrions ébaucher ici.

Conditions dans lesquelles a été faite notre étude

C'est un cours d'un séjour d'un mois à l'Hospice Thermal Reine-Hortense, à Aix-les-Bains, que nous avons eu la possibilité de voir un assez grand nombre de rhumatisants. Nous avons soigneusement examiné les mains et les ongles des malades atteints de P.C.E. Nous avons entrepris notre travail sans idées préconçues et nous sommes bornée à noter au fur et à mesure que nous les constatons les troubles que présentaient les ongles que nous avons sous les yeux. Voici comment nous procédions : nous regardions la main à plat pour saisir les modifications dans la forme générale des ongles, noter la coloration de la lame et l'état de l'éponichium, comparer les ongles les uns aux autres, puis nous prenions les ongles un à un pour en apprécier la solidité et enfin nous les regardions les uns après les autres, dans tous les sens et à jour frisant pour dépister toute anomalie du brillant ou du relief de la lame. Nous avons établi un modèle de fiche qui permettait, sous forme de tableau, de noter rapidement et complètement les caractères unguéaux de chacun des dix doigts. Les colonnes horizontales correspondaient aux dix doigts et les colonnes verticales aux caractères unguéaux suivants : longueur, convexité, coloration, lunule, éponichium, bord libre, épaisseur, brillant, taches, lignes transversales, stries, chaînettes, ponctuations, évolution, une dernière colonne était laissée en blanc pour pouvoir noter éventuellement un caractère particulier.

Nous n'avons pu malheureusement, étudier la *croissance* des ongles car les malades que nous avons vus à Aix-les-Bains venaient de tous les coins de France et ne restaient à l'Hospice

Thermal que le temps de leur cure. Qu'on nous excuse donc de cette lacune.

Nous voulions faire le même examen systématique pour les ongles des orteils, mais nous y avons rapidement renoncé. En effet, sauf pour le gros orteil, la surface des ongles est si petite qu'il est très difficile d'y distinguer les détails; d'autre part, l'examen systématique des orteils auquel nous nous sommes d'abord livrée nous a montré une fréquence et une variété de troubles telles que nous nous sommes presque demandée s'il existait des ongles normaux au niveau des orteils ! Il nous a donc paru raisonnable, pour commencer à aborder cette question des ongles dans la P.C.E. de se limiter à l'étude des seuls ongles des doigts.

Avant de pouvoir établir quels sont les signes unguéaux de la P.C.E. et d'en tirer des conclusions tant au point de vue diagnostic que pronostic, il faut avoir vu de très nombreux cas et avoir pu suivre les mêmes malades pendant de longues années. Ce n'est pas notre cas. Ce que nous nous proposons cependant ici c'est d'étudier avec précision l'état unguéal d'un certain nombre de malades atteints de rhumatisme chronique progressif inflammatoire.

Nous décrirons donc assez longuement douze observations de P.C.E. en insistant sur trois points particuliers, les lésions rhumatismales au niveau des mains, les autres troubles trophiques et naturellement les altérations unguéales. Nous essaierons d'en dégager quelques conclusions.

Nous donnerons ensuite comme complément à notre enquête la description de l'état unguéal de neuf autres malades atteints de P.C.E. puis de trois cas de spondylarthrite ankylosante, considérée comme relevant du même processus.

Nous laisserons de côté ici, les altérations unguéales dans le rhumatisme psoriasique. En effet, nous n'avons pas eu l'occasion d'en voir lors de notre séjour à Aix-les-Bains et surtout c'est un sujet qui a déjà été très étudié tant par les dermatologistes que par les rhumatologues et auquel nous ne saurions rien ajouter.

Nous donnerons encore quelques remarques que nous avons pu faire sur l'état unguéal de quelques malades non atteints

de P.C.E. Nous aurions voulu en effet essayer de voir si les modifications unguéales rencontrées dans les P.C.E. se rencontreraient aussi dans d'autres affections et avec quelle fréquence; nous y avons vite renoncé car cela représenterait un travail très important et trop long. Nous ne donnerons donc ces quelques remarques qu'à titre d'indication.

Nous n'avons pu nous livrer à des recherches de laboratoire. Nous essaierons cependant de faire le point de ce qu'on peut savoir sur le fonctionnement de l'ongle dans la P.C.E. et de qu'on peut attendre de son examen systématique au cours de cette maladie.

Observations cliniques

OBSERVATION N° 1

(Service du Docteur DU LAC)

Monsieur P..., âgé de soixante ans, vient à Aix en octobre 1950 pour de la gêne fonctionnelle au niveau des mains et des pieds et particulièrement marquée aux mains.

Le début de la maladie remonte à mars 1950, c'est-à-dire il y a quelques mois. Il se caractérisa par des douleurs intenses siégeant aux mains et aux pieds, accompagnées d'un gonflement important de ces articulations. A cette époque, il reçut quinze piqûres de sels d'or et fut amélioré à la suite de ce traitement.

En octobre 1950, le bilan articulaire est le suivant : les poignets sont globuleux des deux côtés. L'extension de la main sur le bras ne dépasse pas 15° à droite et 20° à gauche. La flexion ne dépasse pas 20° à droite et 55° à gauche. La flexion des doigts dans la main est impossible à droite et incomplète à gauche. Les métacarpo-phalangiennes ne sont pas augmentées de volume, mais toutes les phalango-phalangiennes sont très gonflées. Au niveau des coudes, la flexion et la supination sont diminuées des deux côtés, l'extension maxima n'est que de 140° à droite. Les épaules ne permettent qu'une abduction diminuée. Le pied gauche est en varus; la cheville du même côté est gonflée, la flexion un peu diminuée. Le pied droit, les genoux, les hanches sont en bon état.

Les ongles sont très modifiés. Des deux côtés, ils ont perdu leur brillant et à eux s'applique très bien l'expression « ongles de cadavre ». A droite ils sont plus courts qu'à gauche. L'éponichium des deux côtés est réduit à une mince membrane collée à l'ongle et débordant sur lui de un ou deux millimètres. Aucun ongle, pas même les pouces, n'a de lunule. A droite on trouve de nombreuses chaînettes, plus ou moins saillantes,

mais nettes. A gauche on trouve de nombreuses stries et seulement quelques chaînettes. Ce qui est encore plus intéressant ici, ce sont les modifications que nous pouvons constater dans le sens transversal. En effet, sauf les pouces, tous les ongles présentent à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs pour les index et à l'union du quart antérieur et des trois-quarts postérieurs pour les autres doigts, un sillon large de un millimètre et demi environ. A l'index droit, ce sillon est doublé, en arrière, d'une ligne parallèle à lui mais qui, elle, fait saillie sur la lame de l'ongle. On peut encore remarquer que les chaînettes et les stries ont bien moins de relief en avant du sillon qu'en arrière.

Les altérations unguéales s'accompagnent de légers troubles trophiques : érythème vermillon et atrophie de la pulpe.

En résumé, il s'agit d'une P.C.E. évoluant depuis moins d'un an, un peu atypique en ce sens qu'elle est survenue chez un homme d'une part et à l'âge de soixante ans de l'autre, mais par ailleurs très caractéristique par les lésions qu'elle présente.

Du point de vue des ongles, ce cas est particulièrement intéressant pour quatre raisons :

- 1° les modifications unguéales sont nettes et importantes;
- 2° elles sont plus marquées à droite qu'à gauche, le côté droit étant justement celui où les lésions rhumatismales sont les plus importantes;
- 3° elles comportent un sillon qui, étant donné le ralentissement de la croissance des ongles à cet âge, peut très bien correspondre à la poussée initiale de la maladie;
- 4° elles sont associées à d'autres troubles trophiques.

OBSERVATION N° 2

(Service du Docteur DU LAC)

Madame M., âgée de cinquante ans, vient à Aix en octobre 1950 pour des douleurs au niveau de toutes les articulations et particulièrement au niveau des hanches, et pour une gêne fonctionnelle à la marche et aux mouvements des mains.

Le début remonte à mars 1949, c'est-à-dire à un an et demi. Il se caractérisa par des douleurs et du gonflement au niveau des doigts. Le salicylate fut sans effet sur ces manifestations.

En avril 1949, les genoux, les chevilles, le cou furent atteints. Elle reçut à cette époque un traitement d'iodaseptine, d'aspergilline. Elle reçut encore douze piqûres d'Allochrysine; elle les supporta bien et fut améliorée.

En juillet 1949, on essaya le Dicuprène, mais on l'abandonna après deux piqûres en raison des troubles digestifs.

En octobre 1949, on recommença l'Allochrysine. Ce traitement parut réveiller les douleurs et fut donc interrompu au bout de trois piqûres. A cette époque également les règles cessèrent d'apparaître. Elle passa ensuite l'hiver en allant de son lit à son fauteuil. Les déformations n'avaient pas régressé.

En février 1950, atteinte fluxionnaire des pieds et nouvelle crise au niveau des genoux.

En mai 1950, ablation de plusieurs dents pour kystes. A cette époque également, trois piqûres de Benzo-gynestryl auraient été faites et auraient été suivies de la régression du gonflement des genoux et du retour des règles. C'est également en mai 1950 qu'un nouveau traitement à l'Allochrysine aurait été entrepris et continué jusqu'en septembre; elle aurait ainsi reçu vingt piqûres à 0,30, dit-elle, et les aurait bien supportées.

En juillet, nouvel arrêt des règles.

En septembre nouveau traitement de Benzo-gynestryl et retour des règles avec aussitôt amélioration des douleurs.

Depuis sa dernière crise, en huit mois, elle a perdu cinq kilos.

En octobre 1950, le bilan articulaire est le suivant : au niveau des poignets, les mouvements possibles sont compris entre 35° d'extension et 45° de flexion pour le poignet droit et 40° d'extension et 50° de flexion pour le poignet gauche; des deux côtés l'abduction et l'adduction sont possibles, il n'y a pas de gonflement. Seule la deuxième articulation métacarpo-phalangienne droite est atteinte. La flexion des phalanges sur les phalanges est impossible à droite, elle est possible à gauche malgré le gonflement des articulations phalango-phalangiennes. A gauche les phalangino-phalangettiennes sont fixées en extension; des deux côtés, les phalangettes sont effilées. Au niveau des coudes les mouvements possibles sont compris entre 50° et 155° à droite et entre 65° et 165° à gauche. Au niveau des épaules, l'abduction est très diminuée. La latéroflexion du cou est

très diminuée des deux côtés. La flexion et l'extension du rachis sont également diminuées. Au niveau des hanches la flexion ne dépasse pas 90° à droite et 70° à gauche, l'abduction est diminuée des deux côtés, la rotation et l'extension sont à peu près normales à droite tandis qu'à gauche elles sont diminuées. Au niveau du genou droit, on trouve une rotule à peine mobile, des craquements à la mobilisation, les mouvements sont possibles entre 60° et 160°. L'amplitude des mouvements des chevilles est diminuée des deux côtés.

Le cœur est normal et la tension artérielle est à 13-7½. La vitesse de sédimentation globulaire est de 68 mm. en une heure.

Les ongles sont tous striés, mais les stries sont peu saillantes. Il n'y a pas de chaînettes. Ce qui est plus notable ici, c'est la diminution de la longueur des ongles par rapport à la longueur de la phalange : les ongles sont « courts ». De plus, leur brillant naturel est très diminué. L'éponichium est aminci et colle sur la lame sur plus d'un millimètre. Seuls les pouces ont une lunule.

Il n'y a pas d'autres troubles trophiques, si ce n'est une légère atrophie de la pulpe.

En résumé, il s'agit ici d'une forme récente, encore en activité mais dont certaines lésions sont déjà fixées et bien caractéristiques de la P.C.E. L'évolution de la maladie paraît bien ici en liaison avec l'installation de la ménopause.

A première vue, les ongles sont peu modifiés : les stries sont peu apparentes, il n'y a pas de chaînettes. Mais on remarque une diminution très nette du brillant de la lame et un étalement de l'éponichium et on ne compte que deux lunules en tout. Ce qui est particulier à ce cas, c'est le caractère « court » des ongles. Il serait intéressant de pouvoir suivre l'état de ces ongles dans les années à venir.

OBSERVATION N° 3 (Service du Docteur DU LAC)

Mademoiselle D..., âgée de cinquante-trois ans, vient à Aix en octobre 1950 pour de la gêne fonctionnelle au niveau des mains, des épaules, des genoux, des pieds et pour de la douleur à la mobilisation de ces articulations.

Le début de la maladie remonte à décembre 1948, c'est-à-dire il y a deux ans. Il se manifesta par des douleurs très intenses au niveau des mains et des genoux, sans gonflement articulaire. Un traitement de Thio-dérazine fut institué à ce moment.

Dans les mois qui suivirent, les épaules et les chevilles furent atteintes à leur tour.

En juillet 1949, on commença un traitement aurique, mais dès la première piqûre elle fit une érythrodermie qui obligea à interrompre le traitement.

En novembre 1949, on commença une série de dix-huit piqûres de Dicaprène mais sans obtenir une grande amélioration. Elle resta ensuite sans traitement.

En octobre 1950, le bilan des lésions est le suivant : les poignets sont gonflés des deux côtés; les mouvements sont compris entre 30° d'extension et 45° de flexion à droite et 45° d'extension et 50° de flexion à gauche. Les deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes sont augmentées de volume. Toutes les articulations phalango-phalangiennes et phalangino-phalangiennes sont gonflées et limitées dans leur flexion. L'amplitude des mouvements des coudes est comprise entre 60° et 155° à droite et 45° et 160° à gauche. Au niveau des épaules, les mouvements extrêmes sont douloureux. L'extension de la hanche est un peu diminuée des deux côtés. Les genoux sont globuleux, la rotule est à peine mobile; les mouvements ont une amplitude normale, mais se font avec des craquements et sont douloureux dans leurs positions extrêmes. Les chevilles sont augmentées de volume; la voûte plantaire a tendance à s'affaïsser.

La vitesse de sédimentation globulaire est de 70 mm. en une heure.

Les ongles sont tous striés, les stries sont nombreuses mais, sauf quelques-unes, sont peu saillantes. Sur tous les ongles on retrouve des chaînettes, de deux à huit selon les ongles. L'examen attentif montre qu'à droite le lit unguéal est plus rosé qu'à gauche. Seuls les auriculaires n'ont pas de lunule.

Il n'y a pas d'autres troubles trophiques.

En résumé, il s'agit ici, d'une forme récente en pleine activité, présentant des lésions caractéristiques au niveau des mains et dont les altérations unguéales (stries et chaînettes) sont les seuls troubles trophiques.

OBSERVATION N° 4
(Service du Docteur FRANÇON)

Madame B..., âgée de quarante-cinq ans, vient à Aix en septembre 1950 parce que, au niveau des mains et des pieds elle est gênée dans ses mouvements.

Le début de la maladie remonte à juin 1947, c'est-à-dire il y a trois ans. Il se manifesta par des douleurs et un gonflement du poignet droit.

En 1948, ce furent ses chevilles qui furent atteintes, puis en 1949, ses genoux.

Elle a été traitée par les sels d'or.

En octobre 1950, le bilan des lésions est le suivant : le poignet droit est bloqué depuis 1947 en légère extension et déviation externe; le poignet gauche est dans l'impossibilité de se fléchir et ne peut dépasser 35° en extension. Les deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes sont globuleuses. A droite, ce sont les deuxième et quatrième articulations phalango-phalangiennes qui sont tuméfiées, alors qu'à gauche c'est la troisième seule. A droite, la flexion des doigts est incomplète, à gauche, elle est possible. Des deux côtés il y a un léger déjettement cubital. Le genou droit est gonflé, infiltré et bloqué en légère flexion. Les chevilles sont raides et augmentées de volume. Les autres articulations sont normales.

La vitesse de sédimentation globulaire est de 65 mm. en une heure.

Les ongles sont tous striés; les stries sont plus fines et plus nombreuses à la main gauche et au contraire plus marquées et moins nombreuses à la main droite. Le trois premiers ongles de chaque main présentent des chaînettes. A la main droite, seul le pouce a une lunule tandis qu'à la main gauche il y en a aux trois premiers doigts. Les autres caractères des ongles sont normaux.

Ces altérations unguéales s'accompagnent d'autres troubles trophiques : peau lisse et froide et érythème vermillon.

En résumé, il s'agit ici d'une P.C.E. évoluant depuis trois ans encore active à l'heure actuelle, présentant des déformations caractéristiques particulièrement marquées au niveau des mains et accompagnées de troubles trophiques et dont les ongles, peu altérés, présentent cependant les altérations habituelles, stries et chaînettes.

OBSERVATION N° 5

(Service du Docteur GRABER-DUVERNAY)

Bernard M..., âgé de treize ans, vient à Aix pour de la gêne au niveau des mains, des coudes, de la mâchoire, des genoux.

Le début de la maladie remonte à mars 1947. A la suite d'une grippe avec ictère, ses genoux furent atteints : douleur, gonflement. Il fut traité par le salicylate et resta deux mois au lit. Les manifestations articulaires rétrocedèrent peu à peu.

Au printemps 1948, nouvelle crise aiguë touchant les genoux et les poignets. Mais cette fois, les troubles articulaires ne rétrocedèrent plus.

En décembre 1949, au décours d'une scarlatine, il fit une nouvelle poussée touchant les poignets, les coudes, les temporo-maxillaires, les genoux et les chevilles.

En mars 1950, il fut hospitalisé à Lille pour un incident aigu qu'on ne peut faire préciser et qui a été traité par la pénicilline et la Thiodérazine.

En mai 1950, nouvelle atteinte articulaire. Il est traité depuis par le gentisate de soude, ce qui aurait amélioré ses douleurs.

En octobre 1950, le bilan articulaire est le suivant : le poignet droit est presque fixé en légère flexion, l'amplitude des mouvements possibles est de 20° environ ; le poignet gauche est un peu plus mobile et les mouvements qu'il peut exécuter sont compris entre 15° et 50° de flexion. La flexion des doigts dans la main est possible des deux côtés. Il n'y a pas de gonflement articulaire sauf au niveau de la quatrième phalango-phalangienne droite et des deuxième et troisième phalango-phalangiennes gauches. Les coudes sont globuleux, fixés en pronation, très limités dans leurs mouvements : à droite, l'amplitude est comprise entre 130° et 160° et à gauche entre 100° et 145°. Les épaules sont souples, l'épaule gauche craque à la mobilisation. On constate au niveau des temporo-maxillaires, une diminution d'amplitude de l'abaissement de la mâchoire inférieure : la distance entre le bord libre des incisives médianes supérieures et inférieures est de deux centimètres seulement. Au niveau des hanches, l'extension est limitée des deux côtés, la rotation externe un peu diminuée à gauche. Le genou droit est globuleux ; la mobilité de la rotule est très diminuée ; le creux poplité est empâté ; la flexion est douloureuse et possible entre 40°

et 170°; le genou gauche est moins globuleux, la rotule est un peu mobile, le creux poplité est également empâté, les mouvements sont possibles entre 60° et 180°. Les chevilles sont un peu augmentées de volume surtout à gauche : leur mobilité est normale.

Il y a quelques ganglions inguinaux. La rate n'est ni perceptible ni palpable. Le cœur est normal, la tension artérielle est à $12\frac{1}{2}$ - 9. La vitesse de sédimentation globulaire est de 27 mm. en une heure.

Les ongles sont tous striés, mais les stries sont peu saillantes. Les ongles des auriculaires présentent une ébauche de chaînette. Tous les ongles ont des ponctuations, elles sont peu nombreuses (de une à six), mais très visibles. Tous les ongles sont cyanosés. Seuls les trois premiers ongles de chaque main ont une lunule.

En résumé, nous pensons qu'il s'agit ici d'une polyarthrite infantile qui se rapproche des cas dégradés de la maladie de Still. S'il y a quelques ganglions inguinaux, il n'y en a pas dans d'autres territoires ganglionnaires et il n'y a pas de splénomégalie. Nous pouvons, pensons-nous, rejeter formellement l'hypothèse de polyarthrite déformante et ankylosante de l'enfance puisque, avant la poussée la plus récente, il y a eu ou moins une rémission spontanée assez longue et que, d'autre part, l'état général de l'enfant, tout en étant un peu déficient pour son âge, est encore satisfaisant.

Pour ce qui est des ongles, nous les considérons ici comme peu modifiés; en effet, les seuls troubles qu'ils présentent sont des stries peu saillantes, quelques ponctuations. Le caractère cyanosé de leur coloration est sans doute ce qui doit retenir notre attention.

OBSERVATION N° 6

(Service du Docteur FRANÇON)

Marie-Thérèse P..., âgée de dix ans, vient pour la cinquième fois à Aix en octobre 1950.

Le début de sa polyarthrite remonte à 1943. Elle avait trois ans. Il se manifesta par des douleurs au niveau des pieds, ce qui lui rendit la marche de plus en plus difficile.

L'année suivante, les poignets furent atteints et ce fut bientôt le tour des coudes et des genoux.

En 1946, première cure thermique à Aix. On en profita pour faire des plâtres pour les poignets et les coudes.

En 1947, deuxième cure à Aix. A cette époque, les poignets ont tendance à se déjeter du côté cubital, le droit à se fléchir; le coude droit est enraidit en demi-extension, le coude gauche a des mouvements possibles entre 80° et 100°; les genoux sont gros mais mobiles; le rachis est un peu limité dans ses mouvements; il y a quelques ganglions axillaires et inguinaux; il n'y a pas de splénomégalie.

En 1948, troisième cure à Aix. On trouve des ganglions axillaires et cervicaux, mais pas de ganglions inguinaux. Il n'y a pas de splénomégalie. En octobre 1948, résection du coude droit suivie de quinze jours de plâtre et de mobilisation.

En 1949, quatrième cure à Aix. L'état est stationnaire. On constate le bon résultat de la résection : bonne mobilité du coude droit dont l'amplitude varie d'environ 90° autour de l'angle droit. On fait de nouveaux plâtres pour les poignets.

Depuis 1946, elle est traitée correctement par les sels d'or.

En octobre 1950, on se trouve en présence d'une enfant en très bon état général. Le bilan des lésions est le suivant : les poignets sont gonflés; le droit est fixé en abduction; latéralement une légère augmentation de l'abduction est possible, c'est tout; la flexion maxima est de 35°, l'hyperextension est de 15°. Le poignet gauche peut se fléchir normalement, mais l'hyperextension est complètement impossible; une légère abduction seule est possible. Les doigts sont en fuseaux; les articulations phalango-phalanginiennes sont très gonflées à gauche, peu à droite. Au niveau des coudes, les mouvements possibles sont compris entre 60° et 120° à droite et entre 65° et 95° à gauche. Les hanches ont une hyperextension un peu diminuée, les autres mouvements sont normaux. L'extension complète des genoux est possible; à droite, le genou est un peu globuleux, légèrement en valgus, la rotule est presque fixée; à gauche, la rotule est libre. Les pieds sont blancs et froids : à gauche, la flexion est extrêmement limitée : la cheville est à peu près fixée à angle droit sur la jambe qui est un peu œdématiée; à droite, les mouvements de latéro-flexion sont beaucoup moins limités qu'à gauche. Des deux côtés, les ongles des orteils présentent tous des sillons transversaux; ils sont particulièrement mous.

Les ongles des doigts présentent tous de nombreuses stries dont quelques-unes sont très marquées. Aucun ongle n'a de chaînettes, mais tous présentent des ponctuations dont le nombre varie de 3 à 15. La coloration du lit unguéal est plus rosée à droite qu'à gauche. Seuls les pouces ont une lunule.

En résumé, il s'agit ici d'un bel exemple de polyarthrite infantile apparentée à la maladie de Still, diagnostic que ne permet pas de faire l'absence de splénomégalie et d'adénopathies. Il ne s'agit sûrement pas d'une polyarthrite déformante et ankylosante de l'enfance étant donné l'évolution favorable. La marche de la maladie a été profondément modifiée par les thérapeutiques subies, l'évolution est arrêtée et, du point de vue inflammatoire, la maladie doit être considérée comme guérie; elle garde comme séquelles des lésions anatomiques qui n'étaient pas susceptibles de réparation. Le traitement « a éteint l'incendie, mais il n'a pu réparer les ruines ».

Du point de vue unguéal, les modifications du relief de la lame sont nettes : stries et ponctuations à tous les ongles. C'est l'examen attentif qui révèle une coloration plus rosée aux ongles de la main droite qu'à ceux de la main gauche ainsi que la diminution du nombre des lunules. Dans ce cas, les altérations des ongles des orteils ont si facilement attiré l'attention qu'il faut les retenir ici : ongles très mous, avec plusieurs sillons transversaux à tous les orteils.

OBSERVATION N° 7

(*Service du Docteur FRANÇON*)

Madame J..., âgée de cinquante-quatre ans, vient à Aix en octobre 1950 pour des douleurs au niveau des genoux, du coude droit et pour une impotence fonctionnelle au niveau des jambes.

Le début de la maladie remonte à 1943 et se manifesta par l'atteinte de la cheville droite (gonflement à la fatigue, douleur). La malade fut adressée au Docteur FRANÇON qui prescrivit des sels d'or. Une série fut faite sans amener d'amélioration sensible. On essaya alors à Saint-Gervais, un plâtre de la cheville; elle le garda cinq semaines. Comme deux mois

après l'ablation de ce plâtre, elle souffrait toujours, un nouveau plâtre fut fait et resta en place six semaines. Elle aurait été améliorée.

En 1944, elle se fait opérer à Sallanches d'une péritonite compliquant une métrite.

En août 1945, nouvelle atteinte droite.

En septembre 1945, première cure à Aix sans grande amélioration.

En décembre 1945, elle est opérée à Sallanches d'un phlegmon péri-néphrétique. Un mois après, apparaissent de vives douleurs dans les poignets et les genoux, sans gonflement articulaire. Pas de traitement.

En mars 1946, atteinte aiguë des poignets et des mains, soignée par les antialgiques banaux. Quelques temps après, les genoux furent atteints à leur tour et furent traités par le salicylate et des piqûres à base d'iode. A cette époque, la marche commençait à devenir difficile.

En 1947, aggravation de l'état articulaire et en particulier au niveau des genoux. Toujours pas de traitement.

En octobre 1948, elle est hospitalisée à Sallanches pour son impotence fonctionnelle et pour une grande fatigue. Elle ne quittait pas son lit. Elle resta à l'hôpital pendant plusieurs mois. Elle ne reçut pas de sels d'or.

En octobre 1949, deuxième cure à Aix. On lui fait des plâtres orthopédiques pour les mains et les jambes. On prescrit les sels d'or. Une amélioration sensible se fit sentir dans les mois qui suivirent.

En juillet 1950, nouvelle crise articulaire particulièrement intense au niveau des genoux.

En octobre 1950, troisième cure à Aix. Elle a maigri de 15 kilos en quatre ans et ne quitte pas son lit. Le bilan articulaire est le suivant : au niveau des poignets l'extension est normale, mais la flexion est impossible à droite et très diminuée à gauche; les mouvements latéraux sont impossibles à droite et très légers à gauche. La flexion des doigts dans la main est possible, sauf pour l'index, des deux côtés. A droite, on note un léger coup de vent de l'index et du médus, et à gauche, le gonflement des phalango-phalangiennes de l'index et de l'annulaire. Le coude droit est gonflé, plus chaud que le gauche, douloureux; sa flexion est normale, mais douloureuse, l'extension est incomplète (155°). Le coude gauche est normal. Au niveau de l'épaule droite, on trouve une limitation de l'abduction et des craquements à la mobilisation; l'épaule gauche est normale. L'extension des hanches est un peu diminuée. Le genou droit est

globuleux, douloureux, la flexion maxima est de 50°, l'extension complète est possible; le genou gauche est globuleux, chaud, très douloureux à la mobilisation, la flexion maxima est de 70°, l'extension complète est possible. Les chevilles sont assez souples.

La vitesse de sédimentation globulaire est de 38 mm. en une heure. Le cœur est normal et la tension artérielle est à 12-8.

Les ongles présentent tous des stries plus ou moins nombreuses. Cinq ongles sur dix ont des chaînettes, quatre ongles ont une ou deux punctuations. L'éponichium est aminci et étalé sur tous les ongles. Sept ongles ont une convexité plus marquée que normalement.

Il n'y a pas d'autres troubles trophiques.

En résumé, cette P.C.E. qui évolue depuis sept ans à peu près sans traitement (deux seules séries de sels d'or) et parut être exacerbée par des phénomènes infectieux intercurrents (péritonite, phlegmon périnéphrétique) est encore dans sa période active comme le montre l'état local de son coude droit et de son genou gauche et la vitesse de sédimentation.

Du point de vue des ongles, on peut remarquer que si les mains sont moins atteintes qu'on ne le voit habituellement et ne présentent pas de troubles trophiques, les ongles n'en sont pas moins modifiés : stries, chaînettes, punctuations, étalement de l'éponichium, exagération de la convexité de certains ongles.

OBSERVATION N° 8

(Service du Docteur GRABER-DUVERNAY)

Madame G..., âgée de cinquante-deux ans, vient à Aix pour la cinquième fois en octobre 1950. Elle présente des douleurs généralisées à toutes les articulations (elle prend six à huit comprimés d'aspirine par jour) et une importante gêne fonctionnelle.

Le début remonte à 1940 et fut caractérisé par l'atteinte des doigts, des coudes, des épaules et des pieds.

En 1943, première cure thermale à Aix. On note à ce moment : « Les doigts, les coudes, les épaules, les pieds sont douloureux. Elle a eu beaucoup de sels d'or sans résultats. Autres traitements : Dmelcos, Séri, antigène dilué et antigène pur. L'état général n'est pas mauvais. Ganglions

épitrochléens. Dans les antécédents, on retrouve une scarlatine à l'âge de dix ans, mais ni pleurésie ni tuberculose familiale. »

En 1944, deuxième cure à Aix. On note alors : « Après sa cure de 1943, elle a eu du calcium, de la bévitine; l'amélioration est apparue durant l'hiver. Actuellement, les épaules sont dégagées, les genoux restent fixés, mais elle marche plus aisément. Crise récente ayant intéressé la colonne cervicale. Vitesse de sédimentation globulaire : 54 mm. en une heure. »

En 1945, troisième cure à Aix : « Va un peu mieux, constate-t-on alors, mais les poignets et les cous de pieds restent atteints ainsi que les coudes. Toujours gros ganglions épitrochléens. »

En 1947, quatrième cure : « Sensiblement même état. »

En octobre 1950, cinquième cure à Aix. Les jambes iraient plutôt mieux, mais l'impotence fonctionnelle des membres supérieurs demeure. Le bilan des lésions est le suivant : les poignets sont globuleux; à gauche, les mouvements sont plus limités qu'à droite; en effet, ils peuvent se faire à droite entre 25° d'extension et 45° de flexion tandis qu'à gauche c'est entre 15° d'extension et 25° de flexion. Des deux côtés, les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médus sont très augmentées de volume et les doigts sont déjetés dans leur ensemble du côté cubital. A droite, la deuxième phalango-phalangiennne est bloquée en extension; la troisième, spontanément en hyperextension peut se fléchir un peu; la quatrième est souple, mais la cinquième est à peu près fixée en flexion; dans son ensemble la flexion des doigts dans la main est impossible. A gauche, toutes les articulations phalangiennes ont conservé une certaine souplesse, mais la flexion des doigts est cependant incomplète. Les coudes sont très globuleux; à droite, les mouvements possibles sont compris entre 90° et 135°, il y a un gros ganglion épitrochléen (comme une amande); à gauche, les mouvements possibles sont compris entre 70° et 130°. L'abduction de l'épaule est diminuée à droite. Au niveau du cou, la flexion, la latéro-flexion et la rotation sont limitées. Le rachis est assez souple. Les hanches sont souples. Les genoux sont très globuleux, la rotule est fixée, la flexion est un peu diminuée des deux côtés et l'extension complète n'est pas tout à fait possible à droite. Les chevilles sont très globuleuses, les mouvements de flexion et d'extension sont normaux, mais ceux de rotation sont impossibles. Les orteils ne peuvent plus faire aucun mouvement.

La vitesse de sédimentation globulaire est de 23 mm. en une heure.

Les ongles présentent tous de nombreuses stries peu accentuées pour la plupart, mais saillantes pour quelques-unes. On remarque encore une certaine diminution de l'épaisseur de tous les ongles, une légère diminution du brillant de la lame des ongles droits et un début d'étalement de l'éponichium à droite seulement; à droite encore, seul le pouce a une lunule, tandis qu'à gauche, les quatre premiers doigts en ont.

Il n'y a pas d'autres troubles trophiques.

En résumé, il s'agit d'une P.C.E. qui évolue depuis dix ans et dont le caractère particulier est l'importance des réactions tissulaires articulaires et périarticulaires (gonflement et empâtement important de la plupart des articulations, rotule complètement immobilisée) et la présence d'un gros ganglion épitrachéen sans qu'on trouve le moindre antécédent tuberculeux.

Les ongles ici sont altérés de plusieurs manières, mais de façon légère; la main droite (la plus atteinte du point de vue rhumatismal) est celle dont les modifications unguéales sont les plus accentuées.

OBSERVATION N° 9

(Service du Docteur GRABER-DUVERNAY)

Madame S..., âgée de cinquante-six ans, revient faire une cure à Aix en octobre 1950. Elle est gênée dans la plupart de ses mouvements.

Le début de la maladie remonte à une dizaine d'années et serait survenu à la suite d'une angine. Il se manifesta par des douleurs intenses et une gêne fonctionnelle de l'épaule gauche.

Dans les mois et les années qui suivirent, les poignets et les coudes furent atteints à leur tour et enfin les articulations des membres inférieurs.

En 1942, elle fit une première cure à Aix. La vitesse de sédimentation était à cette époque de 57 mm. en une heure. La cure thermique l'aurait améliorée, mais la guerre l'empêcha de revenir.

Entre 1942 et 1944, elle a reçu plusieurs séries de sels d'or et probablement de Thorium X. En 1943, elle fit sa ménopause. Dans les années qui suivirent, l'état articulaire semble être demeuré stationnaire.

En 1948, deuxième cure à Aix. On note alors : « Polyarthrite généralisée; poignets : mouvements très limités et un peu douloureux; coudes : extension et flexion très diminuées; chevilles : bon état; genou droit douloureux, mouvements possibles entre 110° et 140°; genou gauche : extension complète impossible, flexion très douloureuse. Cœur normal, tension artérielle 24-12. Vitesse de sédimentation globulaire : 24 mm. en une heure. »

En juin 1949, troisième cure à Aix. On note à cette époque : « Termine une série de Dicuprène; ne va pas mieux. Commencera le 25 août une série de morrhuate de cuivre. »

De juin 1949 à octobre de la même année, elle a fait sa série de morrhuate de cuivre et commença au printemps 1950 une série de douze piqûres d'Allochrysine à la suite d'une crise douloureuse survenue à cette époque au niveau des côtes.

En octobre 1950, le bilan des lésions est le suivant : les mouvements des poignets sont limités entre 20° d'extension et 25° de flexion à droite et 15° d'extension et 45° de flexion à gauche. A droite, les deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes sont augmentées de volume et l'extension complète des doigts sur les métacarpiens est impossible. A gauche, les phalanges des quatre derniers doigts ont tendance à se mettre en hyperextension sur les phalanges. Il n'y a pas de déjettement cubital ni de gonflement des articulations phalangiennes. Les mouvements des coudes sont compris entre 60° et 130°. Les épaules et les hanches sont sensiblement normales. Les genoux sont globuleux et fixés en mauvaise position; les seuls mouvements possibles sont compris entre 100° et 135°. Les chevilles sont souples.

Les ongles sont modifiés. Ils présentent de nombreuses stries plus ou moins accentuées, des chaînettes à tous les doigts sauf les auriculaires, des punctuations à six doigts sur dix. Le brillant de la lame de tous les ongles est diminué sans qu'on puisse à proprement parler d'ongles « de cadavre ». L'éponichium est partout aminci et étalé. On note, de plus, que les ongles des pouces sont « courts » et que seul l'index droit et le pouce gauche présentent une lunule.

En résumé, il s'agit d'une P.C.E. déjà ancienne, bien traitée au début mais abandonnée à elle-même pendant plusieurs années, qui, à l'heure actuelle à la période de stabilisation, laisse pour séquelles des déformations caractéristiques au

niveau des mains et une grosse limitation des mouvements au niveau des coudes et surtout des genoux.

Les modifications des ongles représentent ici les seuls troubles trophiques; ce sont des stries, des chaînettes, un aplatissement de l'éponichium, une diminution du brillant de la lame et du nombre des lunules; à ces altérations s'ajoutent ici des ponctuations.

OBSERVATION N° 10
(*Service du Docteur ROZIER*)

Gisèle S..., âgée de vingt-deux ans, vient à Aix en Octobre 1950 pour des déformations et de l'impotence fonctionnelle au niveau des poignets, des coudes, de la colonne lombaire, des genoux.

Le début de la maladie remonte à 1938. Elle avait dix ans. Les doigts, les poignets et les genoux furent atteints les premiers. Cette période active de la maladie dura deux ans. Aucun traitement anti-rhumatismal ne fut institué à ce moment. Les lésions articulaires se constituèrent sans rétrocéder.

En 1944, six ans après le début, nouvelle poussée aiguë. Cette fois, on institue un traitement aurique qui fut continué trois ans avec profit et abandonné ensuite pour albuminurie et remplacé par un traitement cuprique. Une grosse amélioration des douleurs se fit sentir.

En octobre 1950, on est en présence d'une jeune fille de vingt-deux ans, hostile à l'examen, en retard, du point de vue psychique, sur les autres jeunes filles de son âge. On remarque d'emblée l'aspect infantile des mains. L'état général est bon. Le bilan des lésions est le suivant : les poignets sont complètement bloqués en légère abduction, la flexion des doigts est possible, il n'y a pas de gonflement au niveau des articulations phalangiennes. L'extension des deux coudes est diminuée : de 50° à droite et de 35° à gauche; la flexion n'est diminuée qu'à droite. Au niveau du cou, la flexion est normale, mais l'extension est très diminuée : la tête est bloquée, légèrement fléchie; les mouvements de rotation et de latéro-flexion sont à peu près impossibles. Le rachis est assez souple. Les hanches sont sensiblement normales. L'extension complète des genoux est impossible, elle ne dépasse pas 135°; la flexion est peu diminuée; le genou droit est en valgus. Au niveau des chevilles, l'extension et la flexion sont possibles, mais la rotation est impossible.

Elle parvient, en se dandinant et en se pressant, à marcher (si l'on peut dire !) pendant quelques mètres, mais, bien vite, si elle ne trouve pas un meuble auquel se retenir, elle s'effondre.

Elle est très bien réglée depuis l'âge de douze ans. La rate n'est ni perceptible, ni palpable. Il n'y a pas d'adénopathies. La vitesse de sédimentation globulaire est de 10 mm. en une heure.

Les ongles ne sont absolument pas modifiés à la main droite. A la main gauche, quatre doigts présentent une ou deux stries et les quatre derniers doigts sont un peu « courts ». Les pouces seuls ont une lunule.

Il n'y a pas d'autres troubles trophiques.

En résumé, nous pensons qu'il s'agit ici d'une polyarthrite infantile sans adénopathies et sans splénomégalie, à laquelle donc ne s'applique pas le nom de maladie de Still. L'évolution de la maladie, la conservation d'un bon état général depuis douze ans, l'âge de la malade nous interdisent de penser à la polyarthrite déformante et ankylosante de l'enfance.

Les ongles, dans ce cas, ne sont presque pas altérés.

OBSERVATION N° 11

(*Service du Docteur FRANÇON*)

Madame C..., âgée de quarante-cinq ans, vient à Aix en octobre 1950 pour des douleurs au niveau du bras droit et de la jambe gauche et pour des déformations au niveau des mains, des genoux, des coudes.

Le début de la maladie remonte à 1935, c'est-à-dire il y a quinze ans. A cette époque, elle fut atteinte au niveau des pieds et des mains : gonflement, rougeur, gêne fonctionnelle, pas de douleur. Elle fut traitée par le salicylate puis par les sels d'or. Cette première atteinte fut suivie d'une rétrocession qui dura un an.

En 1937, au bout de trois mois de grossesse, nouvelle manifestation articulaire : douleurs généralisées, pas de gonflement. Ces troubles durèrent une dizaine de jours. Elle reçut alors des sels d'or pendant les six derniers mois de sa grossesse. L'accouchement fut suivi d'une néphrite qui dura une semaine.

Trois mois après la naissance de sa fille, apparition de douleurs intenses au niveau du thorax et de la colonne dorsale et reprise des sels d'or.

De 1937 à 1944, tous les ans elle reçut une série de sels d'or.

En 1943, on lui fait une appendicectomie à la suite de laquelle elle fit une double phlébite; elle resta quatre mois au lit et boitait en se relevant.

En 1944, on lui enlève presque toutes les dents dans un but thérapeutique.

En 1947, nouvelle crise articulaire au niveau des genoux, du coude gauche puis droit. Cette fois, ses genoux s'ankylosèrent en mauvaise position, ses mains déformées le restèrent. Lors de cette atteinte, on lui fit de la novocaïne intra-fémorale, intra-articulaire au niveau des genoux, dans le ganglion stellaire; on ne reprit pas les sels d'or.

En 1948, dans un but thérapeutique, à Strasbourg, on lui fit l'ablation des parathyroïdes et du thymus. Mais cette intervention ne fut suivie d'aucune amélioration, au contraire. On reprit alors les infiltrations de novocaïne.

Cette même année, des pertes purulentes attirèrent l'attention sur son appareil génital. Une hystérectomie pratiquée dans les mois qui suivirent montra un fibrome d'une part et une salpingite intense avec « beaucoup de pus » de l'autre. A la suite de cette opération, elle fit un escarre qui dura trois mois.

En 1949, reprise des sels d'or. Les deux premières piqûres furent suivies d'un choc, alors on interrompit de nouveau cette thérapeutique.

En 1950, une analyse d'urine montra la présence de colibacilles et de gonocoques. On la traita par la pénicilline et des autovaccins. On reprit également les sels d'or. Ces traitements furent suivis d'une amélioration des douleurs.

En octobre 1950, la malade se présente comme une grande infirme confinée au lit. Le bilan des lésions est le suivant : le poignet droit est fixé en légère flexion à 20° : le poignet gauche a des mouvements possibles entre 35° de flexion et 20° d'extension, mais les mouvements d'abduction et d'adduction sont pratiquement impossibles. La flexion des phalanges sur les métacarpiens est à peu près normale, mais l'extension est très diminuée : dans leur effort d'extension les phalanges ne peuvent dépasser 30° de flexion à droite et 15° de flexion à gauche. A droite, les articulations phalango-phalanginiennes ont des mouvements très réduits dans leur amplitude, celle de l'index est complètement bloquée; les phalangino-phalangettiennes ont à peine de mobilité, la quatrième est bloquée

en extension. A gauche, de très légers mouvements des phalanges sont possibles, sauf en ce qui concerne les troisième et cinquième phalangino-phalangettiennes. La flexion des coudes est peu diminuée, mais l'extension l'est plus : extension maxima à 130° . Des deux côtés, l'abduction est diminuée au niveau des épaules et plus à gauche qu'à droite. L'abduction des deux hanches est très diminuée. Les genoux sont en mauvaise position, les seuls mouvements possibles sont compris entre 90° et 130° à droite et entre 65° et 140° à gauche. Les chevilles peuvent exécuter de très légers mouvements de flexion-extension.

L'état général est médiocre. La vitesse de sédimentation est de 5 mm. en une heure.

Les ongles sont tous striés; il y a des chaînettes à tous les doigts de la main gauche et aux troisième et quatrième doigts de la main droite. Le brillant de la lame de tous les ongles est diminué et l'éponichium est aminci et étalé partout. Seuls les pouces et les index ont une lunule. Ces modifications seraient apparues depuis cinq ou six ans.

Ces altérations unguéales s'accompagnent d'autres troubles trophiques : érythème vermillon de la pulpe, peau lisse et froide, transpiration intense de la face palmaire des mains.

En résumé, il s'agit ici d'une P.C.E. ayant débuté il y a quinze ans, non évolutive à l'heure actuelle, mais qui laisse des séquelles importantes : déformations et ankylose classiques au niveau des mains, grosse limitation des mouvements des coudes, des épaules, des hanches, des genoux, des chevilles. On peut encore remarquer que cette polyarthrite a évolué sur un terrain particulièrement sensible aux infections puisque cette femme a fait successivement au cours de sa P.C.E. une appendicite suivie d'une double phlébite post-opératoire, des infections dentaires ayant nécessité l'ablation de nombreuses dents, une néphrite post-partum, une salpingite (où le gonocoque avait sans doute un rôle important puisqu'on l'a retrouvé dans l'urine quelques mois plus tard) qui a entraîné une hystérectomie. Il est possible que ces infections et plus particulièrement le gonocoque aient joué un rôle important dans le développement et l'évolution de cette polyarthrite. On sait d'ailleurs qu'il peut y avoir des P.C.E. d'origine gonococcique comme l'ont montré WEISSENBACH et PERLÈS.

Du point de vue des ongles, on remarque qu'ils sont très modifiés : stries, chaînettes, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules; mais ce qui est plus intéressant ici, c'est de noter l'association de ces altérations unguéales avec d'autres troubles trophiques : érythème vermillon, peau lisse et froide, transpiration intense de la face palmaire des mains, desquels on ne peut s'empêcher de rapprocher l'escarre qu'elle a fait après son hystérectomie et qui dura trois mois.

OBSERVATION N° 12

(Service du Docteur GRABER-DUVERNAY)

Madame L..., âgée de cinquante-cinq ans, vient à Aix en octobre 1950 dans l'espoir d'améliorer l'importante gêne fonctionnelle de la plupart de ses articulations et les quelques douleurs qu'elle présente.

Le début de la maladie remonte à 1935, c'est-à-dire il y a quinze ans. Il se manifesta par une atteinte des genoux et dura deux à trois mois.

En 1936 : traitement aux sels d'or.

En 1946 : cure à Dax sans amélioration clinique.

De novembre 1946 à janvier 1947, elle a été hospitalisée chez Monsieur JUSTIN-BEZANÇON pour atteinte des poignets, des métacarpo-phalangiennes.

En 1948 : deuxième cure.

En 1949 : troisième cure. Une légère amélioration se manifesta après la cure, mais les douleurs apparurent de nouveau dans les mois qui suivirent et même s'aggravèrent. De 1949 à 1950, elle reçut plusieurs infiltrations stellaires.

En avril 1950, on note à Bichat : « Bon état général; mains : articulations très déformées; genoux : limitation de la flexion et de l'extension, craquements à la mobilisation; coudes toujours bloqués en demi-flexion; cœur normal; tension artérielle : 12-7. »

En octobre 1950, on est en présence d'une maladie impotente condamnée au lit. Le bilan des lésions est le suivant : les poignets sont presque complètement immobilisés : à droite, les mouvements sont compris entre 30° et 50° de flexion et, à gauche, entre 10° et 35° de flexion; à gauche,

le poignet est très tuméfié. Des deux côtés, les doigts sont déjetés du côté cubital et la flexion des doigts dans la main est à peu près impossible; les seules articulations tuméfiées sont celles des deuxième et troisième métacarpo-phalangiennes gauches; à droite, les trois dernières articulations phalango-phalangiennes sont fixées en flexion et les trois dernières phalangino-phalangettiennes sont fixées en extension. Les coudes sont très tuméfiés et craquent à la mobilisation; à droite, les mouvements sont possibles entre 55° et 140° , à gauche entre 85° et 130° . Au niveau des épaules, l'abduction est très diminuée. Le rachis conserve une certaine souplesse. Au niveau des hanches l'abduction est impossible; à droite la flexion maxima est de 40° et à gauche de 60° . Les genoux sont très atteints : rotule fixée des deux côtés; à droite les mouvements sont possibles entre 100° et 160° , à gauche entre 90° et 155° . Les chevilles sont globuleuses, quelques mouvements de flexion-extension sont possibles, c'est tout.

Tous les ongles sont altérés : stries, chaînettes, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium; aucun ongle ne présente de lunule, mais tous ont à ce niveau une zone de un à deux millimètres de large d'une blancheur diffuse dont la limite avec la partie colorée du lit unguéal est rectiligne.

En résumé, il s'agit d'une P.C.E. dont le début remonte à quinze ans, peu traitée semble-t-il, et dont les séquelles classiques, représentent une gêne fonctionnelle très importante.

Les altérations unguéales sont les seuls troubles trophiques. Elles siègent à tous les ongles; ce sont les altérations que nous rencontrons habituellement : stries, chaînettes, diminution du brillant de la lame. Ce qu'il faut retenir ici c'est qu'au lieu d'avoir une diminution du nombre des lunules comme nous l'avons trouvé plusieurs fois, nous avons une altération de l'aspect des lunules.

Résultats de notre enquête

Dans une première partie, nous considérerons quelles sont les lésions unguéales que nous avons rencontrées au cours de nos observations.

1° Ce sont les *stries* qui représentent l'altération la plus fréquente. En effet, nous en avons constaté la présence sur tous les ongles des deux mains dans dix cas sur douze. Dans les deux autres cas (n° 1 et n° 10), les ongles gauches sont tous striés et les ongles droits ne le sont pas; nous verrons plus loin si nous pouvons expliquer cette différence.

Les stries sont généralement nombreuses et peu saillantes. Dans la moitié des cas (n°s 4 - 6 - 7 - 8 - 9 - 12), certaines de ces stries ont un relief très accentué.

Dans tous les cas, les stries forment un trait continu depuis la base de l'ongle jusqu'au bord libre.

2° Les *chaînettes* viennent aussitôt après les stries dans l'ordre de fréquence. Nous en avons constaté dans neuf cas.

- à tous les ongles dans trois cas : n°s 1 - 3 - 12;
- à tous les ongles sauf à ceux des auriculaires dans un cas : n° 9;
- à tous les ongles de la main gauche et à deux ongles de la main droite dans un cas : n° 11;
- aux trois premiers ongles de chaque main dans un cas : n° 4;
- à cinq ongles sur dix dans un cas : n° 7;
- à trois ongles sur dix dans un cas : n° 8;
- aux ongles des auriculaires dans un cas : n° 5.

3° L'examen des *lunules* donne les résultats suivants :

- pas de lunule du tout : un cas (n° 1);
- lunule à deux ongles : quatre cas;
aux pouces seuls : n°s 2 - 6 - 10;
à l'index droit et au pouce gauche : n° 9;
- lunule à quatre ongles : deux cas;
aux pouces et aux index : n° 11
au pouce droit et aux trois premiers doigts gauches :
n° 4
- lunule à cinq ongles (pouce droit et quatre premiers
doigts gauches) : un cas (n° 8);
- lunule aux trois premiers ongles de chaque main : un
cas (n° 5);
- lunule aux quatre premiers ongles droits et aux trois
premiers ongles gauches : un cas (n° 7);
- lunule à tous les ongles sauf à ceux des auriculaires :
un cas (n° 3);
- lunule remplacée à tous les ongles par une zone d'une
blancheur diffuse large de un à deux millimètres et
séparée de la partie colorée du lit unguéal par une ligne
rectiligne : un cas (n° 12).

Dans huit cas sur douze nous avons donc trouvé une diminution du nombre des lunules et, dans un autre cas, une anomalie dans leur aspect.

4° *L'amincissement et l'étalement de l'éponichium* a été noté à tous les ongles des deux mains dans six cas (n°s 1 - 2 - 7 - 9 - 11 - 12) et d'un seul côté dans un cas (n° 8).

5° *La diminution du brillant de la lame* a été relevée à tous les ongles des deux mains dans cinq cas (n°s 1 - 2 - 9 - 11 - 12) et d'un seul côté dans un cas (n° 8).

6° *Les ponctuations* ont été trouvées dans quatre cas dont deux de polyarthrite infantile. C'est dans ces deux derniers cas (n° 5 et n° 6) que les ponctuations altèrent *tous* les ongles. Dans le cas n° 9 seuls les trois derniers ongles de chaque main

sont ponctués. Dans le cas n° 7, trois ongles à droite et l'ongle du pouce gauche sont les seuls à présenter cette altération unguéale.

Dans tous les cas, le nombre des ponctuations varie de trois à quinze par ongle.

7° *La diminution de la longueur de la lame* par rapport à la longueur de la phalange a été observée dans quatre cas. Dans le cas n° 2, tous les ongles sont « courts ». Dans le cas n° 1 tous les ongles de la main droite le sont. Dans le cas n° 10, les quatre derniers ongles de la main gauche et dans le cas n° 9, les pouces seulement.

8° *Un trouble de la coloration du lit unguéal* a été noté dans trois cas. Dans le cas n° 5, tous les ongles sont cyanosés. Dans les cas n° 3 et n° 6, c'est seulement à droite que les ongles ont une coloration plus accentuée que normalement.

9° *La diminution de l'épaisseur* a été constatée au niveau de tous les ongles du cas n° 8 sans qu'on puisse cependant parler d'ongles « mous ». De ce cas, nous pouvons rapprocher la constatation que nous avons faite dans le cas n° 6 : tous les ongles des orteils, ici, sont « mous ».

10° *Les lignes transversales de Beau* n'ont été observées que dans un cas (n° 1) à tous les ongles sauf ceux des pouces. Mentionnons encore ici, les sillons transversaux que nous avons remarqués à tous les ongles des orteils du cas n° 6.

11° *L'exagération de la convexité* n'a été relevée que dans un cas (n° 7).

12° Remarquons encore que, dans aucun cas, nous n'avons trouvé d'ongles « déformés », « cannelés », « friables », « cassants », « épaissis », « décollés ». Pas une seule fois nous n'avons constaté la présence de « taches », qu'elles soient blanches ou pigmentées.

13° Pour terminer ce premier inventaire de nos résultats, relevons les associations que nous avons observées.

— *Trois altérations* : trois cas :

cas n° 3 : stries et chaînettes à tous les ongles; coloration plus rosée des ongles droits;

cas n° 4 : stries à tous les ongles; chaînettes aux trois premiers ongles de chaque main; lunule au pouce seul, à droite;

cas n° 10 : quelques stries à gauche; caractère « court » des quatre derniers ongles gauches; lunule aux pouces seuls.

— *Quatre altérations* : deux cas :

cas n° 5 : stries à tous les ongles, ébauche de chaînette aux auriculaires; ponctuations à tous les ongles; cyanose de tous les ongles;

cas n° 6 : stries et ponctuations à tous les ongles; coloration plus rosée des ongles droits; lunule aux pouces seuls.

— *Cinq altérations* : quatre cas :

cas n° 2 : stries à tous les ongles; caractère « court » de tous les ongles; diminution du brillant de la lame et étalement de l'éponichium de tous les ongles; lunule aux pouces seuls;

cas n° 7 : stries à tous les ongles, chaînettes à cinq ongles; ponctuations à quatre ongles; étalement de l'éponichium de tous les ongles; exagération de la convexité de sept ongles;

cas n° 11 : stries à tous les ongles; chaînettes à tous les ongles droits et à deux ongles gauches; diminution du brillant de la lame et étalement de l'éponichium de tous les ongles; lunule aux pouces et aux index seulement;

cas n° 12 : stries et chaînettes à tous les ongles; diminution du brillant de la lame et étalement de l'éponichium de tous les ongles; lunules remplacées à tous les ongles par une zone d'une blancheur diffuse de un à deux millimètres de large, séparée de la partie colorée du lit unguéal par une ligne rectiligne.

— *Six altérations* : un cas :

cas n° 8 : stries nombreuses à tous les ongles; chaînet-

tes à trois ongles; légère diminution du brillant de la lame des ongles droits; diminution de l'épaisseur de tous les ongles; lunule au pouce seul, à droite.

— *Sept altérations* : deux cas :

cas n° 1 : stries nombreuses à gauche; chaînettes à tous les ongles, surtout à droite; diminution du brillant de la lame de tous les ongles (ongles de cadavre); étalement de l'éponichium des deux côtés; caractère « court » des ongles droits; ligne transversale de Beau à tous les ongles sauf aux pouces; aucune lunule;

cas n° 9 : stries à tous les ongles; chaînettes à tous les ongles sauf à ceux des auriculaires; ponctuations à six doigts; diminution du brillant de la lame et étalement de l'éponichium de tous les ongles; ;caractère « court » des ongles des pouces; diminution du nombre des lunules.

Ainsi donc, les ongles, qu'ils soient très altérés ou non, sont toujours modifiés de plusieurs manières à la fois. Ce qu'il faut remarquer ici, c'est la diversité des associations des lésions unguéales. En effet, aucune de nos observations n'est superposable à une autre.

Il faut encore remarquer que, dans de nombreux cas, chez le même malade, les altérations unguéales ne sont pas exactement identiques à tous les ongles. Nous avons déjà relevé plusieurs différences d'une main à l'autre; nous les étudierons plus loin. Nous voudrions donner ici quelques exemples de la diversité de l'atteinte des ongles chez le même malade. Dans le cas n° 4, tous les ongles sont striés, seuls les trois premiers de chaque main ont des chaînettes; à droite, le pouce seul a une lunule et à gauche ce sont les trois premiers doigts; on remarque, dans ce cas, que les ongles qui ont une lunule (caractère normal) sont ceux qui ont des chaînettes (caractère pathologique). Le cas n° 7 est encore plus déroutant : à droite, tous les ongles sont striés et ont un éponichium aminci et étalé; trois ongles ont des chaînettes, le pouce, l'index, l'auriculaire;

trois ongles ont des ponctuations, l'index, l'annulaire, l'auriculaire; trois ongles ont une convexité exagérée, l'index, le médius, l'annulaire; seul l'auriculaire n'a pas de lunule. A gauche, tous les ongles, comme à droite, sont striés et ont un éponichium étalé; deux doigts ont des chaînettes, le pouce et le médius; seul le pouce a des ponctuations; deux doigts n'ont pas de lunule, l'auriculaire et l'annulaire; les quatre derniers ongles ont une convexité exagérée.

S'il est classique de dire que s'il manque une lunule c'est celle de l'auriculaire, s'il en manque deux, ce sont les deux dernières, s'il en manque trois, seules persistent celles du pouce et de l'index et que celle du pouce, plus grande que les autres, disparaît rarement, nous n'avons pu mettre en évidence aucune règle de ce genre en ce qui concerne les autres altérations que nous avons observées. Le seul fait que nous pouvons signaler est que les stries, la diminution du brillant de la lame, l'étalement de l'éponichium, l'exagération de la coloration du lit unguéal paraissent toujours atteindre simultanément tous les ongles d'une même main. C'est à se demander si ces altérations n'auraient pas une valeur différente, du point de vue clinique, de celle des autres altérations unguéales.

En résumé, devant une diversité si complexe dans le nombre et la localisation des lésions unguéales, nous ne pouvons, dans cette première partie, apporter de conclusion autre qu'une indication de fréquence relative : stries dans presque tous les cas, chaînettes et trouble des lunules dans les trois quarts des cas, étalement de l'éponichium et diminution du brillant de la lame dans la moitié des cas, ponctuations dans le tiers des cas, altération de la coloration du lit unguéal dans le quart des cas; les autres modifications n'ont été rencontrées qu'une seule fois : diminution de l'épaisseur de la lame, lignes transversales de Beau, exagération de la convexité.

Dans une deuxième partie, nous voudrions essayer de voir si la diversité que nous avons constatée dans l'aspect des ongles de nos malades ne répond pas à quelques raisons cliniques.

1° *Le stade d'évolution de la maladie influe-t-il sur l'état des ongles ?*

Les cas n° 1 est particulièrement intéressant parce qu'il a été vu quelques mois seulement après l'atteinte initiale de la P.C.E.; étant donné le ralentissement de la croissance des ongles à soixante ans, on peut considérer avoir sous les yeux l'expression unguéale du début de la maladie. Que constatons-nous ? un sillon transversal plus près du bord libre que de la base de l'ongle, une accentuation très nette du relief des stries et des chaînettes en arrière du sillon. Qu'en penser ? on peut admettre, étant donné son siège, que ce sillon correspond à la poussée initiale de la P.C.E. Il faut alors admettre que les stries et les chaînettes existaient avant la poussée rhumatismale. Comment l'expliquer ? faut-il faire intervenir la phase prodromique dont parlaient les anciens auteurs ou simplement l'âge déjà avancé du malade ou même une simple coïncidence ? nous sommes portée à croire qu'il s'agit d'un ensemble qui fait que cet homme était un peu déficient avant la déclaration de sa P.C.E. Le renforcement des altérations du relief de la lame à partir de la poussée rhumatismale paraît bien lié à l'état pathologique déterminé par la polyarthrite.

Ce cas est intéressant, mais il ne suffit pas à lui seul à nous permettre de tirer des conclusions sur les manifestations unguéales du début de la P.C.E. Il faudrait pouvoir suivre de nombreux malades dans les semaines et les mois qui suivent la première atteinte de polyarthrite chronique évolutive.

Dans le cas n° 2, l'évolution se fait depuis un an et demi. Il y a déjà eu plusieurs poussées avant l'examen des ongles et, comme ce dernier est fait six mois après la dernière poussée, il n'y a vraisemblablement plus trace de ce qui a pu se passer à ce moment-là. Ici, peu de modifications du relief de la lame, mais diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, caractère « court » des ongles, diminution du nombre des lunules.

Dans le cas n° 3, évoluant depuis deux ans, assez semblable au cas n° 2 du point de vue clinique, les troubles du relief sont plus marqués (nombreuses stries et chaînettes à tous les ongles)

et, à part une coloration un peu plus rosée des ongles à droite, ce sont les seuls troubles unguéaux.

Dans le cas n° 4, évoluant depuis trois ans, assez proche cliniquement des deux derniers cas, les stries et les chaînettes représentent encore à peu près à elles seules toutes les altérations unguéales (à droite, nous avons, de plus, une diminution du nombre des lunules).

Dans notre cas assez récent de polyarthrite infantile (n° 5), évoluant depuis deux ans et demi, les ongles ne sont pas très modifiés : stries peu marquées et ponctuations à tous les ongles, ébauche de chaînette aux auriculaires : ce qui est peut-être particulier ici, c'est la cyanose du lit unguéal de tous les ongles.

De l'examen de ces quatre cas assez récents, on ne peut tirer de conclusion : dans un cas, relief à peine modifié, dans deux autres cas, altérations du relief à peu près seules, dans un autre cas c'est la cyanose des ongles qui attire l'attention. Il semble cependant que, dans l'ensemble, les lésions ne sont pas très importantes.

Nos sept autres cas (n°s 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) peuvent être considérés comme des cas anciens puisqu'ils évoluent depuis sept ans au moins. La lecture attentive de l'état des ongles dans ces cas, nous montre tout d'abord le peu d'altérations unguéales des cas n°s 6 et 10, tous deux cas de polyarthrite infantile; nous examinerons l'influence de l'âge un peu plus loin et laissons donc ces deux cas momentanément de côté.

Considérons maintenant nos cinq dernières observations (n°s 7, 8, 9, 11, 12). Dans tous les cas, les ongles sont tous striés et plusieurs présentent des chaînettes. Dans quatre cas l'éponichium est aminci et étalé, dans le cas n° 8, ce trouble n'existe qu'à droite. Dans tous les cas sauf le cas n° 7, les lunules sont modifiées dans leur nombre ou leur aspect. Dans trois cas (n°s 9, 11, 12), les plus anciens, il y a une diminution du brillant de la lame. Dans deux cas (n°s 7 et 9) nous avons des ponctuations. Dans un cas (n° 7), nous avons une exagération de la convexité de certains ongles, dans un autre cas (n° 8), c'est une diminution de l'épaisseur, dans le cas n° 9,

les ongles des pouces sont « courts ». Dans l'ensemble donc, les ongles sont nettement plus altérés que dans les cas récents que nous avons vus plus haut : ici, les chaînettes deviennent une altération constamment retrouvée et l'étalement de l'éponichium, les troubles des lunules, la diminution du brillant de la lame semblent particulièrement fréquents.

Pouvons-nous, d'après ces remarques, entrevoir ce que peut être l'évolution des lésions unguéales au cours de l'évolution de la P.C.E. ? Dans aucun cas nous n'avons trouvé d'ongles tout à fait normaux et dans le cas n° 1, les stries et les chaînettes préexistaient vraisemblablement à la poussée initiale de la maladie; d'autre part, nous avons trouvé des altérations plus nombreuses et plus accentuées dans les cas anciens que dans les cas récents. Il semble donc que les ongles sont perturbés dès le début de la maladie (peut-être même le sont-ils déjà dans la période qui précède immédiatement la première poussée articulaire) et que les troubles qu'ils présentent s'accroissent progressivement au cours de la maladie. L'interrogatoire des malades devrait nous révéler ce qui s'est passé au niveau de leurs ongles dans toute la période qui a précédé notre examen; en pratique, nous n'obtenons aucun renseignement vraiment précis, ce qui est en faveur, du reste, avec l'apparition et l'accentuation progressives des altérations unguéales; cette enquête serait sans doute plus facile à faire en clientèle privée, chez des femmes plus accoutumées à prendre soin de leurs mains et de leurs ongles.

2° *L'âge du malade influe-t-il sur l'état des ongles ?*

Dans trois cas (n°s 5, 6, 10), l'âge des malades est respectivement de dix, treize et vingt-deux ans. Dans les trois cas, les ongles sont peu touchés : les altérations sont peu nombreuses et peu accentuées; aucun d'eux ne présente de diminution du brillant de la lame ni d'étalement de l'éponichium.

Malheureusement, nous n'avons pas de cas intermédiaire entre vingt-deux et quarante-cinq ans.

Notre premier cas de quarante-cinq ans (n° 4) est en même temps un cas récent. Les ongles ne sont pas très altérés; ils présentent tous de nombreuses stries dont plusieurs sont très

marquées; le pouce droit et les deux médus ont plusieurs chaînettes; le pouce gauche et les deux index n'ont que des ébauches de chaînettes; à droite, le pouce est le seul à avoir une lunule tandis qu'à gauche les trois premiers ongles en ont.

Dans notre second cas de quarante-cinq ans (n° 11), la P.C.E. évolue depuis quinze ans. Ici, les ongles sont beaucoup altérés : stries, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium de tous les ongles; chaînettes à sept ongles, lunule aux deux premiers ongles seulement.

De l'examen de ces deux cas qui ont le même âge, il ressort que les modifications des ongles sont plus nombreuses et plus marquées dans le cas ancien que dans le cas récent, ce qui réduit l'importance de l'âge dans les manifestations unguéales.

Tous les autres cas (n°s 1, 2, 3, 7, 8, 9, 12) ont de cinquante à soixante ans. Le cas n° 3 est celui où les lésions unguéales sont les moins importantes : stries et chaînettes à tous les ongles, coloration du lit unguéal un peu plus marquée à droite qu'à gauche, c'est tout. C'est un cas récent, évoluant depuis trois ans chez une femme de cinquante-trois ans. Ici encore, l'influence de l'âge paraît moins importante que celle du stade évolutif de la maladie.

Par contre, dans le cas n° 1, c'est l'inverse : il s'agit d'une P.C.E. récente (quelques mois seulement d'évolution) chez un malade de soixante ans. Les lésions unguéales sont très importantes, ce qui donne à penser que l'influence de l'âge est peut-être plus grande ici que celle du stade évolutif, à moins que nous considérions que les lésions unguéales sont très importantes dans les premiers mois de la maladie, s'atténuent ensuite pour réapparaître avec plus d'intensité à la phase de stabilisation ou encore que l'influence de l'âge ne devient prédominante qu'à partir d'un certain âge (autour de soixante ans).

Ce n'est pas dans une série si limitée de cas que nous pouvons apporter de conclusions solides.

3° Les ongles sont-ils davantage touchés dans les P.C.E. où les lésions articulaires sont particulièrement importantes ?

Dans quatre de nos cas (n°s 7, 9, 11, 12), les malades ont une impotence fonctionnelle très importante de leurs articu-

lations et ne peuvent quitter leur lit. Toutes les quatre présentent des stries à tous les ongles, des chaînettes à plusieurs ongles, un étalement de l'éponichium des deux côtés, trois (n^{os} 9, 11, 12) ont une diminution du brillant de la lame, un trouble des lunules; on trouve des ponctuations dans deux cas (n^{os} 7, 9); dans le cas n^o 7, nous avons de plus, un trouble de la convexité et dans le cas n^o 9 nous avons noté des ongles « courts » au niveau des pouces.

Ces quatre cas sont évidemment des cas anciens; mais nous avons d'autres cas anciens où les lésions rhumatismales sont moins étendues et moins importantes et où les lésions unguéales sont cependant aussi marquées que dans les cas que nous venons d'étudier. Il semble donc que l'importance de l'atteinte rhumatismale ne joue pas un rôle très important au niveau des ongles.

4^o *La localisation des lésions rhumatismales au niveau des mains influe-t-elle sur la localisation des lésions unguéales ?*

Dans trois de nos cas (n^{os} 1, 6, 8), nous remarquons une certaine concordance entre les deux.

Dans le cas n^o 1, la main droite est plus lésée que la gauche : la flexion du poignet est plus diminuée à droite qu'à gauche et la flexion des doigts dans la main est impossible à droite alors qu'elle n'est qu'incomplète à gauche. A droite, les ongles sont plus courts qu'à gauche et n'ont pas de stries, mais de nombreuses chaînettes seules. A gauche, il y a des stries à tous les ongles et quelques chaînettes seulement.

Dans le cas n^o 6, les poignets seuls sont atteints et le droit l'est plus que le gauche. La coloration du lit unguéal est plus rosée à droite qu'à gauche.

Dans le cas n^o 8, la main droite est plus atteinte que la gauche : à droite les deuxième et troisième phalango-phalangiennes sont bloquées en extension et la cinquième en flexion; à gauche, les articulations phalangiennes ont toutes conservé une certaine souplesse. A droite, le brillant de la lame est un peu diminué, l'éponichium est aminci et un peu étalé, seul le pouce a une lunule. A gauche, aucun de ces troubles n'existe.

Dans tous les autres cas, il n'y a aucune concordance et pas une seule fois nous n'avons pu mettre en évidence une relation quelconque entre l'atteinte articulaire d'un doigt et l'aspect de l'ongle correspondant.

Les trois cas que nous avons analysés au début de ce paragraphe sont donc intéressants. Plus que l'influence de la *localisation* des lésions rhumatismales, ils semblent montrer, du reste, celle de l'*importance* de ces lésions dans la formation des troubles unguéaux puisque nous avons constaté que les ongles les plus altérés étaient ceux de la main la plus atteinte.

5° *L'importance des lésions rhumatismales au niveau des mains influe-t-elle sur l'état des ongles ?*

Examinons maintenant le cas des malades dont les mains sont particulièrement atteintes par le rhumatisme. Nous en avons sept observations (n°s 1, 2, 3, 4, 8, 11, 12).

Dans deux cas (n°s 3 et 4), les ongles sont peu modifiés : stries et chaînettes à tous les ongles, lit unguéal plus coloré à droite pour le cas n° 3; stries à tous les ongles, quelques chaînettes aux trois premiers ongles de chaque côté, lunule au pouce seul, à droite, dans le cas n° 4.

Dans tous les autres cas (n°s 1, 2, 8, 11, 12), les troubles sont beaucoup plus importants. Tous les ongles ont des stries, un étalement de l'éponichium, une diminution du brillant de la lame, un trouble des lunules, un seul cas n'a pas de chaînettes (n° 2). Dans le cas n° 1, nous avons encore des lignes transversales de Beau, des ongles « courts » à droite, dans le cas n° 8, l'épaisseur des ongles est un peu diminuée.

Ainsi donc, nous avons deux cas où les lésions sont peu accentuées et cinq cas où elles le sont beaucoup plus; on ne peut donc conclure.

Nous envisagerons le rôle des troubles trophiques dans le paragraphe suivant, mais nous pouvons cependant remarquer dès maintenant que les quatre de nos cas qui présentent des troubles trophiques figurent tous dans cette série où les mains sont particulièrement touchées par la P.C.E., ce qui nous donne à penser qu'il y a vraisemblablement une liaison entre la pré-

sence de troubles trophiques et l'importance des lésions rhumatismales au niveau des mains. Il s'agit là, semble-t-il, d'une influence locale; en effet, sur ces quatre cas, nous n'en avons qu'un où les lésions rhumatismales sont importantes *partout* et entraînent l'impotence à peu près complète et l'immobilisation au lit.

6° *Les lésions unguéales sont-elles liées à la présence d'autres troubles trophiques ?*

Quatre de nos cas s'accompagnent de troubles trophiques (n°s 1, 2, 4, 11).

Dans le cas n° 2, il ne s'agit que d'une légère atrophie de la pulpe. Ici cependant, les ongles sont très altérés : stries, étalement de l'éponichium, diminution du brillant de la lame, caractère court des ongles, diminution du nombre des lunules.

Dans le cas n° 1, la pulpe est non seulement atrophiée, mais elle est encore le siège de l'érythème vermillon individualisé par WEISSENBACH et DI MATTEO.

Dans le cas n° 4, il n'y a pas d'atrophie de la pulpe, mais, outre l'érythème vermillon, nous avons ici une peau lisse et froide; dans ce cas, les seules altérations unguéales sont des stries et des chaînettes, une diminution du nombre des lunules à droite.

Dans notre dernier cas (n° 11), à l'érythème vermillon et à l'état froid et lisse de la peau s'ajoute une transpiration intense de toute la face palmaire de la main; ici, les ongles sont tous très altérés : stries, chaînettes, étalement de l'éponichium, diminution du brillant de la lame, diminution du nombre des lunules.

Ici encore, aucun résultat péremptoire : sans troubles trophiques ou avec de très légers troubles trophiques, nous avons d'importantes lésions unguéales : avec des troubles trophiques plus marqués, nous avons indifféremment des lésions légères ou importantes au niveau des ongles.

7° *Les lésions unguéales sont-elles influencées par le traitement ?*

Trois de nos malades venaient de faire, dans les mois qui précédaient, une cure de sels d'or (n°s 1, 2, 9). Leurs ongles ont

donc poussé en cours de traitement et c'est ce qui nous intéresse ici. Malheureusement nous sommes déjà arrivée trop tard (sauf, sans doute, pour le cas n° 1) pour espérer voir sur ces ongles une trace quelconque du début du traitement aurique.

Le premier de ces cas est celui de cet homme de soixante ans chez qui nous avons trouvé des lignes transversales de Beau. Les sels d'or ont été appliqués dès le début de la P.C.E. Or, nous nous souvenons que les stries ou les chaînettes étaient beaucoup plus marquées en arrière du sillon. Que s'est-il passé ? ou bien la poussée rhumatismale a entraîné une aggravation des lésions unguéales déjà existantes et l'or n'a pas eu d'action sur elles, ou bien, c'est l'or lui-même (quoique bien toléré par ailleurs) qui a provoqué la formation du sillon que nous avons constaté à tous les doigts sauf aux pouces et l'aggravation du relief des stries et des chaînettes.

De cette observation il faut rapprocher celle qu'a rapportée R. SIMONS, en 1939, dans les *Archiv für Dermatologie und Syphilis* et que nous avons déjà citée dans notre rappel historique. Il s'agissait d'un homme de trente-six ans atteint de P.C.E. depuis huit ans, chez lequel étaient apparues une ligne transversale de Beau et une pigmentation brune au niveau des ongles. SIMONS notait que ce malade venait de recevoir, pendant un an et demi, un traitement aurique dont il donnait le détail. Les très belles photos qui accompagnent cette description nous permettent de voir très nettement que la partie antérieure de l'ongle présente de nombreuses chaînettes très accentuées alors que la partie postérieure au brusque changement de relief transversal ne présente que quelques stries peu marquées. Ces deux cas sont curieux à confronter car, dans notre observation, nous assistons à l'apparition des troubles unguéaux, marqués par la présence d'un sillon transversal en arrière duquel l'ongle est beaucoup plus altéré et dans l'observation de SIMONS, nous assistons à la disparition de cet état pathologique; ici la cessation des troubles est aussi brutale que leur apparition dans notre cas, car celle est également marquée par une altération transversale, un bourrelet, en arrière duquel l'ongle qui pousse est à peu près normal. Pour SIMONS,

c'est l'or qui est vraisemblablement responsable de ce trouble qui ne s'est manifesté qu'à la suite du traitement aurique et qui a régressé avec l'interruption du traitement. SIMONS a pu étudier la croissance des ongles de son malade et a constaté son très grand ralentissement. C'est sans doute ce qui s'est passé également pour notre malade (outre l'influence de l'âge) et c'est ce qui nous a permis d'avoir encore sous les yeux, après sept mois d'évolution, ce sillon transversal. On le voit, l'influence de l'or n'est peut-être pas à négliger.

Dans le cas n° 2, nous sommes en présence d'une femme dont la P.C.E. a commencé un an et demi avant l'examen des ongles et dont la dernière poussée aiguë remontait à huit mois et ne laissait donc plus de trace au niveau des ongles. Cependant la vitesse de sédimentation globulaire était encore à 68, 94, 123. On peut donc se demander, comme dans le cas précédent, si les lésions unguéales (stries peu marquées, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules) sont le fait de l'état infectieux rhumatismal ou du traitement aurique, bien supporté, du reste, par ailleurs. Remarquons que c'est le seul de nos cas récents (à part le cas n° 1 que nous venons d'étudier) où les ongles sont déjà si altérés.

Dans le troisième cas (n° 9), les ongles sont très altérés; mais il s'agit ici d'un cas ancien où les lésions rhumatismales sont importantes partout et au niveau des mains en particulier, on ne saurait donc en tirer de conclusions.

8° *Les lésions unguéales sont-elles plus ou moins importantes selon que la P.C.E. a été traitée ou non au cours de son évolution ?*

Il est difficile, à moins d'avoir suivi soi-même les malades, d'obtenir d'eux des renseignements très précis sur les thérapeutiques qu'ils ont déjà subies. Nous ne pourrions donc, encore une fois, n'apporter ici que des orientations et non des conclusions.

Nous avons cinq cas anciens (n°s 7, 8, 9, 11, 12).

Le cas n° 7 a évolué à peu près sans traitement (deux séries de sels d'or en sept ans). La malade est actuellement

impotente et souffre encore beaucoup de certaines articulations; ses mains ne sont pas aussi touchées qu'on pourrait s'y attendre. Les ongles sont cependant altérés : stries et étalement de l'éponichium à tous les ongles, chaînettes sur cinq ongles et ponctuations sur quatre, exagération de la convexité de sept ongles; ici, le brillant de la lame et les lunules sont normales.

Le cas n° 12 semble avoir évolué, lui aussi, à peu près sans traitement. La malade aurait bien reçu des sels d'or au début de sa polyarthrite, mais cette thérapeutique paraît avoir été abandonnée assez rapidement. Dans les derniers temps, on lui faisait des infiltrations de novocaïne. C'est une femme impotente, gênée dans tous ses mouvements; ses mains sont particulièrement touchées et les ongles sont très altérés : tous présentent des stries, des chaînettes, une diminution du brillant de la lame, un étalement de l'éponichium; c'est dans ce cas que les lunules sont remplacées par une zone d'une blancheur diffuse de un à deux millimètres de large, séparée de la partie colorée du lit unguéal par une ligne rectiligne.

Dans le cas n° 8, les sels d'or furent la thérapeutique suivie pendant les trois premières années de la maladie. Comme ils n'avaient amené aucune amélioration clinique, ils furent abandonnés. La malade reçut par la suite du calcium et de la bévité. Il s'agit de cette femme chez laquelle on a trouvé des ganglions épitrochléens; elle est gênée dans la plupart de ses mouvements, ses articulations sont augmentées de volume et empâtées, mais elle n'est pas impotente. Les ongles sont très modifiés : stries et étalement de l'éponichium à tous les ongles, chaînettes à trois ongles; diminution du brillant de la lame et du nombre des lunules à droite. Ce qui est plus particulier ici, c'est la diminution de l'épaisseur de tous les ongles.

Dans le cas n° 9, on retrouve un traitement aurique dès la deuxième année de l'évolution de la maladie. Celui-ci aurait été continué pendant deux ans, avec adjonction de thorium X. Sur la période des cinq années suivantes, nous n'avons aucun renseignement. Puis, de nouveau, nous avons pendant les deux ans qui précèdent notre examen, un traitement alterné de cuivre et d'or. Il s'agit d'une femme très gênée par la limitation

de ses mouvements, impotente et condamnée au lit. Les ongles sont très modifiés : stries, étalement de l'éponichium, diminution du brillant de la lame et du nombre des lunules des deux côtés, chaînettes à tous les ongles sauf à ceux des auriculaires, ponctuations sur six ongles, caractère « court » des ongles des pouces.

Dans le cas n° 11, la crise rhumatismale initiale fut soignée par le salicylate, mais dès la deuxième crise, un an après, on passa aux sels d'or et pendant sept années ce traitement fut continué. On fit ensuite l'ablation de toutes les dents cariées. Après cela nous assistons à une période de trois ans assez calme du point de vue clinique, au cours de laquelle on laissa la malade sans traitement. Puis, à la suite d'une nouvelle crise, on passa aux infiltrations de novocaïne. Un an après, c'est l'ablation des parathyroïdes et du thymus et la reprise des infiltrations de novocaïne. Un an après, on recommença les sels d'or. Malgré les nombreuses thérapeutiques instituées, cette femme est maintenant impotente, gênée dans tous ses mouvements, en mauvais état général. Les ongles sont très touchés : stries, étalement de l'éponichium, diminution du brillant de la lame et du nombre des lunules des deux côtés, chaînettes à sept ongles.

Nous avons étudié ces cinq cas dans l'ordre de l'importance des thérapeutiques instituées. La question n'est pas de savoir, ici, si les traitements ont été corrects ou non et si les résultats sont ou non satisfaisants, mais si ces thérapeutiques ont eu des répercussions au niveau des ongles. Or, que constatons-nous ? dans tous les cas, les ongles sont très altérés; dans les cas laissés à eux-mêmes à peu près sans traitement, les ongles ne sont pas plus modifiés que dans les cas qui ont subi de nombreuses thérapeutiques. Il semble donc bien que le traitement n'a aucune action sur les lésions unguéales.

9° *Y a-t-il une relation entre les lésions unguéales et la vitesse de sédimentation globulaire ?*

Nous connaissons la vitesse de sédimentation globulaire de huit de nos cas. Passons-les donc en revue, en allant des

vitesse de sédimentation accélérées vers celles qui tendent à la normale :

- cas n° 3 : 70 mm. en une heure, évolution de la P.C.E. depuis deux ans : trois altérations unguéales (stries et chaînettes à tous les ongles, exagération de la coloration du lit unguéal à droite) ;
- cas n° 2 : 68 mm. en une heure, évolution de la P.C.E. depuis un an et demi : quatre altérations unguéales (stries, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules des deux côtés) ;
- cas n° 4 : 65 mm. en une heure, évolution de la P.C.E. depuis deux ans et demi : quatre altérations unguéales (ongles striés et courts, chaînettes à six ongles, diminution du nombre des lunules à droite) ;
- cas n° 9 : 53 mm. en une heure, évolution de la P.C.E. depuis dix ans : sept altérations unguéales (stries, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules des deux côtés ; chaînettes sur huit ongles, ponctuations sur six ; ongles des pouces « courts ») ;
- cas n° 5 : 27 mm. en une heure, évolution de la P.C.E. depuis deux ans et demi : quatre altérations unguéales (ongles striés, ponctués, cyanosés des deux côtés, chaînettes à deux ongles) ;
- cas n° 8 : 23 mm. en une heure, évolution de la P.C.E. depuis dix ans : six altérations unguéales (stries, diminution de l'épaisseur de la lame des deux côtés ; chaînettes à trois ongles ; diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules à droite) ;
- cas n° 10 : 10 mm. en une heure, évolution de la P.C.E. depuis douze ans : trois altérations unguéales

(ongles gauches un peu courts et striés, diminution du nombre des lunules des deux côtés) ;
cas n° 11 : 5 mm. en une heure, évolution de la P.C.E. depuis quinze ans : cinq altérations unguéales (stries, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules des deux côtés, chaînettes à sept ongles).

Comme on le voit, on ne relève pas la moindre relation entre les deux.

Finalement, nos résultats peuvent se résumer ainsi :

1° les lésions unguéales que nous avons rencontrées le plus fréquemment dans les douze cas que nous avons étudiés sont les stries, les chaînettes, l'amincissement et l'étalement de l'éponichium, la diminution du brillant de la lame et du nombre des lunules. D'autres troubles ont été notés : ponctuations, altérations de la coloration du lit unguéal. Les autres modifications n'ont été rencontrées qu'une seule fois : diminution de l'épaisseur de la lame, sillons de Beau, exagération de la convexité ;

2° ces altérations sont toujours associées, en plus ou moins grand nombre ; tous les genres d'associations peuvent se voir ;

3° nous n'avons pas trouvé de déformations des ongles ni de modification vraiment importante dans l'épaisseur ou la solidité de la lame, nous n'avons jamais observé de taches, qu'elles soient blanches ou pigmentées ; mais ceci tient peut-être au petit nombre de nos cas ;

4° les altérations unguéales paraissent plus importantes chez les sujets dont la P.C.E. est ancienne ou les mains particulièrement touchées ; il semble qu'elles apparaissent et s'accroissent progressivement ;

5° nous n'avons trouvé aucune relation entre le caractère des lésions unguéales et :

- l'âge du malade ;
- la gravité de la maladie ;

- la localisation des lésions rhumatismales au niveau des mains;
- les autres troubles trophiques;
- les traitements institués;
- la vitesse de sédimentation;

6° il semble que l'or soit sans action sur les lésions unguéales, à moins qu'il ne fasse que les accentuer.

Compléments à notre enquête

Ayant porté tout particulièrement notre attention sur l'examen des ongles pendant notre séjour à Aix-les-Bains, nous possédons encore plusieurs fiches unguéales dont il nous paraît intéressant de confronter les résultats avec ceux de notre première série. Ces fiches, toutes constituées au hasard des facilités de la consultation, se divisent en trois catégories, inégales d'ailleurs : neuf autres cas de P.C.E. : trois cas de spondylarthrite ankylosante; cinq cas de malades qui n'entrent pas dans ce cadre.

Pour toutes ces observations, c'est le numéro du dossier de l'Hospice Thermal que nous donnons comme référence. Nous ne pouvons retracer ici l'histoire clinique de tous ces malades; nous nous bornerons aux indications essentielles dans la mesure où cela peut avoir une relation quelconque avec l'état des ongles.

Envisageons d'abord les neuf cas de P.C.E. (n^{os} 489, 515, 538, 550, 552, 559, 560, 578, 609) et reprenons rapidement les différents chapitres que nous avons abordés lors de notre première enquête.

1° INVENTAIRE DES LÉSIONS TROUVÉES.

— *Stries* à tous les ongles dans sept cas (n^{os} 489, 515, 538, 550, 552, 560, 578).

— *Châinettes* dans sept cas. A tous les ongles dans trois cas (n^{os} 515, 538, 559); à tous les ongles sauf à ceux des auriculaires dans un cas (n^o 560); à sept ongles dans un cas (n^o 578); aux trois derniers ongles de la main gauche dans un

cas (n° 552) ; aux deux pouces et à l'index gauche dans un cas (n° 489).

— *Troubles des lunules* dans six cas. Diminution du nombre dans cinq cas : pas de lunule du tout dans trois cas (n°s 489, 550, 578) ; lunule à l'index droit seulement, dans un cas (n° 560) ; lunule aux pouces seuls dans un cas (n° 559). Trouble de la morphologie dans un cas : dans le cas n° 515, tous les ongles ont une lunule mais celle des auriculaires est étalée et sa limite avec la zone colorée du lit unguéal est rectiligne et plutôt floue.

— *Étalement de l'éponichium* dans quatre cas (n°s 489, 550, 559, 560).

— *Diminution du brillant de la lame* dans trois cas (n°s 489, 550, 559).

— *Troubles de la convexité* dans deux cas. Dans le cas n° 538, le pouce et l'index droit ont une cannelure longitudinale large de deux millimètres environ ; le médius droit a une convexité transversale exagérée ainsi que les quatrième et cinquième ongles gauches ; le pouce et le médius gauches sont plats en leur milieu depuis la base de l'ongle jusqu'au bord libre et normalement convexes sur leurs bords latéraux. Dans le cas n° 550, la convexité transversale est diminuée au niveau de tous les ongles.

— *Troubles de la longueur* dans deux cas. Dans le cas n° 550, les ongles sont plus courts que normalement et dans le cas n° 515, ils sont au contraire plus longs.

— *Augmentation de l'épaisseur* dans un cas (n° 538).

— *Ponctuations* dans un cas (n° 515).

— *Sillons transversaux* dans un cas (n° 609) : le pouce et l'auriculaire droits et le pouce gauche présentent deux sillons parallèles à peu près à mi-distance entre la base de l'ongle et le bord libre.

— *Bord libre cassant* dans un cas (n° 552).

Dans l'ensemble, les résultats que nous venons de noter sont assez concordants avec ceux de la série précédente. En effet, ici encore, nous constatons la plus grande fréquence des stries,

des chaînettes, des troubles des lunules, de l'étalement de l'éponichium et de la diminution du brillant de la lame. Nous devons cependant faire ressortir les quelques différences. Alors que précédemment nous avons trouvé dans plusieurs cas une altération de la coloration du lit unguéal, ici, pas une seule fois nous ne l'avons constatée. Pour ce qui est des ponctuations que nous avons relevées à plusieurs reprises dans l'autre série, nous n'en avons qu'un cas ici et encore ces ponctuations sont très peu nombreuses (une ou deux) et ne se voient qu'aux index. Par contre, nous avons rencontré trois altérations qui ne figuraient pas dans notre premier inventaire : une cannelure longitudinale à plusieurs ongles, une augmentation de l'épaisseur de tous les ongles, un bord libre cassant.

2° ASSOCIATIONS.

A part le cas n° 609 dont les sillons sont les seules lésions unguéales, tous les autres cas présentent des altérations associées.

— *Trois altérations* : deux cas :

cas n° 578 : stries, chaînettes, diminution du nombre des lunules; nous avons ici le même mode d'association que dans le cas n° 4 de notre première série;

cas n° 552 : stries, chaînettes, bord libre cassant.

— *Quatre altérations* : trois cas :

cas n° 560 : stries, chaînettes, diminution du nombre des lunules, étalement de l'éponichium;

cas n° 559 : chaînettes, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules;

cas n° 538 : stries, chaînettes, troubles de la convexité, trouble de l'épaisseur.

— *Cinq altérations* : deux cas :

cas n° 489 : stries, chaînettes, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules. C'est le mode

d'association que nous avons constaté dans le cas n° 11 de notre première série;

cas n° 515 : stries, chaînettes, ponctuations, augmentation de la longueur, trouble de la morphologie de la lunule des auriculaires.

— *Six altérations* : un cas :

cas n° 550 : stries, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules, trouble de la convexité, diminution de la longueur.

Ici encore aucune superposition d'un cas à l'autre n'est possible : et ce n'est que dans deux cas que nous avons trouvé une analogie avec des cas de notre autre série. La diversité des caractères de l'atteinte unguéale se confirme donc.

3° INFLUENCE DU STADE D'ÉVOLUTION DE LA MALADIE.

Dans le cas n° 609, la P.C.E. évolue depuis quatre mois seulement; c'est le cas qui présente comme seule altération unguéale des sillons au niveau de trois ongles. Nous évoquons tout naturellement le cas n° 1 de notre première série. Ici, il s'agit d'une femme de quarante-deux ans et non plus d'un homme âgé. Mais ici comme dans l'autre cas, nous avons connaissance d'un traitement aurique récent; il y a donc certaines analogies entre les deux cas. Il faut remarquer cependant que les ongles dans le cas n° 1 sont très altérés indépendamment des sillons, alors qu'ils sont tout à fait normaux dans le cas n° 609 et que, dans ce dernier cas, les sillons n'atteignent que trois ongles sur dix et non pas huit comme dans le cas précédent. L'âge est différent, avons-nous dit, soulignons encore que les lésions rhumatismales au niveau des mains sont très importantes dans le cas n° 1 alors qu'elles sont à peine marquées dans le cas n° 609.

Le cas n° 552 évolue depuis un an et les ongles sont assez peu modifiés : tous présentent des stries nombreuses mais fines et un bord libre cassant; les trois derniers ongles gauches ont quelques chaînettes, c'est tout.

Le cas n° 559 est un cas intermédiaire entre les cas récents et les cas anciens; il évolue, en effet depuis quatre ans déjà. Les ongles sont tous nettement altérés : les chaînettes existent à tous les ongles et elles sont si importantes qu'elles couvrent presque toute la surface de la lame; tous les ongles sont très ternes, secs, et seuls les pouces ont une lunule.

Parmi les cas anciens, évoluant depuis dix ans au moins, le cas n° 578 n'a que trois altérations unguéales, mais celles-ci sont bien marquées : stries à tous les ongles, chaînettes à sept ongles, aucune lunule.

Dans tous les autres cas, les ongles ont quatre, cinq ou six altérations unguéales associées.

Il semble donc que, comme dans la série précédente, nous pouvons conclure que les lésions unguéales ont tendance à s'accroître progressivement au cours de l'évolution de la P.C.E.

4° INFLUENCE DE L'ÂGE.

En classant nos observations selon l'âge, nous obtenons les résultats suivants :

- cas n° 550 : dix-huit ans, six altérations unguéales associées;
- cas n° 489 : vingt-sept ans, cinq altérations unguéales associées;
- cas n° 552 : trente-trois ans, trois altérations unguéales associées;
- cas n° 560 : quarante et un ans, quatre altérations unguéales associées;
- cas n° 609 : quarante-deux ans, une modification unguéale;
- cas n° 515 : cinquante-deux ans, cinq altérations unguéales associées;
- cas n° 559 : soixante-trois ans, quatre altérations unguéales associées;
- cas n° 578 : soixante-six ans, trois altérations unguéales associées;
- cas n° 538 : soixante-neuf ans, quatre altérations unguéales associées.

Comme dans notre première série, nous ne pouvons **mettre** en évidence la moindre relation entre l'âge des malades et l'importance de leurs lésions unguéales. Nous avons même constaté ici, chez deux cas jeunes (n^{os} 550 et 489), la présence d'étalement de l'éponichium et de diminution du brillant de la lame, alors que nous n'en avons rencontré dans aucun des cas jeunes de notre série précédente.

5° INFLUENCE DE L'IMPORTANCE DES LÉSIONS RHUMATISMALES.

Nous avons quatre cas où les lésions touchent de nombreuses articulations et entraînent une importante gêne fonctionnelle, ce sont les cas n^{os} 489, 550, 559, 560. Dans tous les cas, les ongles sont parmi les plus altérés de la série. Mais nous avons d'autres cas où les lésions unguéales sont aussi importantes et où les lésions rhumatismales le sont beaucoup moins (cas n^{os} 515 et 538). On ne peut donc tenir l'étendue et l'importance de l'atteinte articulaire pour particulièrement responsable de l'importance des lésions unguéales et c'est ce que nous avons déjà dit au cours de notre première enquête.

6° INFLUENCE DE LA LOCALISATION DES LÉSIONS RHUMATISMALES AU NIVEAU DES MAINS.

Nous n'avons relevé aucune concordance précise entre le siège des lésions rhumatismales et les lésions unguéales, pas même d'une main à l'autre.

7° INFLUENCE DE L'IMPORTANCE DES LÉSIONS RHUMATISMALES AU NIVEAU DES MAINS.

Nous avons six cas où les lésions rhumatismales sont particulièrement importantes au niveau des mains :

cas n° 489 : évoluant depuis dix ans : cinq modifications unguéales;

cas n° 515 : évoluant depuis douze ans : cinq modifications unguéales;

- cas n° 538 : évoluant depuis quinze ans : quatre modifications unguéales;
- cas n° 550 : évoluant depuis seize ans : six modifications unguéales;
- cas n° 559 : évoluant depuis quatre ans : quatre modifications;
- cas n° 560 : évoluant depuis onze ans : quatre modifications.

Ces cas sont ceux de notre série dont les ongles sont le plus altérés. Ce sont, certes, des cas anciens, mais nous avons aussi le cas n° 578 qui est ancien, et chez lui les lésions unguéales sont moins importantes et les mains beaucoup moins atteintes par le rhumatisme. Nous pensons donc que l'importance des lésions articulaires au niveau des mains vient renforcer l'influence du stade évolutif de la maladie dans les modifications que nous constatons dans l'état des ongles de ces malades.

Nous pouvons constater qu'ici encore, comme dans notre première série, les cas qui présentent des troubles trophiques au niveau des mains sont compris dans cette série.

8° INFLUENCE DES TROUBLES TROPHIQUES.

Nous avons trouvé des troubles trophiques dans cinq cas :

- cas n° 489 : érythème de la pulpe, sudation importante. Cinq altérations unguéales;
- cas n° 515 : érythème de la pulpe, sudation, cyanose des téguments de toute la main. Cinq altérations unguéales;
- cas n° 538 : érythème de la pulpe, début de « glossy-skin ». Quatre altérations unguéales;
- cas n° 559 : atrophie de la pulpe, léger érythème. Quatre altérations unguéales;
- cas n° 560 : sudation, « glossy-skin ». Quatre altérations unguéales.

Ici nous avons, semble-t-il, une certaine concordance entre les deux manifestations, puisque tous ces cas ont des ongles

très altérés. Cependant le cas n° 550 a, lui aussi, des ongles présentant des altérations unguéales assez marquées et il ne présente pas de troubles trophiques.

9° INFLUENCE DU TRAITEMENT ACTUEL OU RÉCENT.

Nous avons déjà parlé du cas n° 609. Il s'agit de cette femme de quarante-deux ans dont la P.C.E. a commencé en juin 1950, c'est-à-dire quatre mois avant l'examen des ongles; à cette époque, elle a été traitée d'abord par le gentisate de soude puis elle a reçu quatorze piqûres d'Allochrysine. Les ongles que nous avons regardés ont vraisemblablement poussé pendant le traitement aurique et il semble que les sillons qu'elle présente à trois doigts correspondent soit à la poussée rhumatismale, soit à l'institution du traitement par l'or. Ce cas est à rapprocher évidemment du cas n° 1 de notre première série.

Dans le cas n° 559, évoluant depuis quatre ans, le traitement aurique a été commencé deux mois avant la cure thermale et durait encore au moment de l'examen. Etant donné l'âge de la malade, soixante-trois ans, et le ralentissement de la croissance des ongles à cet âge, on devrait, si elle existait, voir la trace unguéale du début du traitement par les sels d'or. Or, la lame de tous les ongles a exactement le même aspect depuis la base jusqu'au bord libre (très nombreuses chaînettes, grosse diminution du brillant). Dans ce cas, l'or semble bien hors de cause.

10° INFLUENCE DES TRAITEMENTS ANTÉRIEURS.

Il est assez difficile, nous l'avons déjà dit, d'obtenir des malades des précisions sur leurs traitements antérieurs : nos renseignements sont donc incomplets, mais nous les donnons à titre d'indication :

cas n° 515 : deux séries de sels de cuivre en 1945 et deux autres séries en 1946 : deux séries d'Allochrysine en 1947; deux autres séries en 1948 et deux autres en 1949; une série de cuivre en 1950. Les ongles sont très modifiés : les

stries et les chaînettes sont très marquées à tous les ongles, il y a quelques ponctuations, la longueur est partout augmentée, la lunule des auriculaires est anormale;

cas n° 538 : sels d'or en 1942, en 1949, peut-être davantage. Tous les ongles ont des stries et des chaînettes et sont nettement épaissis; ils présentent des troubles de la convexité;

cas n° 550 : plusieurs cures de sels d'or dont une cure en 1946. Les ongles sont très altérés : stries, étalement de l'éponichium, diminution du brillant de la lame, diminution de la longueur et de la convexité, absence de lunule au niveau de tous les ongles;

cas n° 552 : évoluant depuis un an, deux séries de Dicu-prène. Ongles peu modifiés : stries fines à tous les ongles, chaînettes aux trois derniers ongles gauches, bord libre cassant partout;

cas n° 560 : évoluant depuis 1940, de juin à août 1948 : 1,20 d'or; de janvier à mars 1949 : 1,20; d'avril à juillet 1949 : 1,65. Tous les ongles sont striés et ont un étalement de l'éponichium, il y a des chaînettes sur tous les ongles sauf ceux des auriculaires, l'index droit est le seul à avoir une lunule;

cas n° 578 : chaque cure thermique fut suivie d'une série de sels d'or (1942, 1944, 1946, 1948). Les ongles sont tous striés, sept d'entre eux ont des chaînettes, aucun n'a de lunule, il n'y a pas d'autres altérations unguéales.

Comme on le voit, les résultats sont bien disparates et inégaux. Il est impossible de dégager ici une influence du traitement aurique sur l'aggravation des lésions unguéales. Il n'est pas question non plus de mettre en évidence une altération particulière des ongles correspondant à l'apport de sels d'or dans l'organisme. On ne peut pas dire non plus que les cas

« traités » ont des ongles en meilleur état que les cas non traités.

11° COMPARAISON AVEC LA VITESSE DE SÉDIMENTATION.

Nous avons le chiffre correspondant à cet examen dans six cas :

cas n° 489 : 55 mm. en une heure, P.C.E. évoluant depuis dix ans : cinq altérations unguéales (stries, chaînettes, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules) ;

cas n° 515 : 46 mm. en une heure, P.C.E. évoluant depuis douze ans : cinq altérations unguéales (stries, chaînettes, ponctuations, augmentation de la longueur de la lame, trouble de la morphologie de la lunule des auriculaires) ;

cas n° 559 : 40 mm. en une heure, P.C.E. évoluant depuis quatre ans : quatre altérations unguéales (chaînettes, diminution du brillant de la lame, étalement de l'éponichium, diminution du nombre des lunules) ;

cas n° 609 : 30 mm. en une heure, P.C.E. évoluant depuis quatre mois, une altération unguéale (sillons transversaux) ;

cas n° 552 : 22 mm. en une heure, P.C.E. évoluant depuis un an : trois altérations unguéales (stries, chaînettes, bord libre cassant) ;

cas n° 538 : 12 mm. en une heure, P.C.E. évoluant depuis quinze ans : quatre altérations unguéales (stries, chaînettes, troubles de la convexité, trouble de l'épaisseur).

Ici encore, nous ne pouvons mettre en évidence aucun parallélisme entre la vitesse de sédimentation et l'importance ou le caractère des lésions unguéales. Nous pouvons seulement remarquer que, dans les deux cas où la vitesse de sédimentation est la plus élevée, les ongles sont les plus altérés, ce

qui donnerait de l'importance au processus infectieux général dans la formation des altérations au niveau des ongles. Ce fait paraît se confirmer si on remarque que les modifications des lunules n'existent, pour cette série, que dans les trois premiers cas (n^{os} 489, 515, 559) et que l'étalement de l'éponichium et une grosse diminution du brillant de la lame n'altèrent que les ongles de deux de ces cas (n^{os} 489, 559). Mais ne nous hâtons pas trop de retenir cette conclusion car rien de cela n'apparaissait dans les résultats de notre première série, il s'agit donc peut-être ici d'une simple coïncidence.

Envisageons maintenant nos trois cas de spondylarthrite ankylosante. Tous les auteurs s'entendent à l'heure actuelle pour faire de la spondylarthrite ankylosante et de la P.C.E. deux manifestations cliniques un peu différentes d'un même processus morbide. Ce qui les oppose, en effet, c'est d'abord la localisation des lésions rhumatismales au niveau des ceintures et du rachis pour la spondylarthrite et ensuite le sexe (masculin dans la spondylarthrite ankylosante). Mais l'évolution dans les deux cas est parallèle : un début plus ou moins bruyant suivi d'une période active qui peut durer des années, entrecoupée de poussées, une période de stabilisation. Comme dans la P.C.E., la vitesse de sédimentation globulaire permet de suivre l'évolution de la maladie.

Nous avons tenu à examiner ces trois cas en dehors de ceux de P.C.E. pour faire ressortir les analogies comme les différences. En effet, en ce qui concerne les ongles, le facteur local (les lésions rhumatismales au niveau des mains) disparaît dans la spondylarthrite et c'est ce qui est intéressant pour essayer de mettre en évidence à quoi sont dus les différents troubles que nous observons sur les ongles de ces rhumatisants.

Le cas n° 505 est celui d'un homme de cinquante ans chez lequel la spondylarthrite évolue depuis vingt ans. L'énorme cyphose dorsale qu'il présentait a été très améliorée par les sacs de sable. La hanche gauche est bloquée, la droite conserve une certaine souplesse. Toute la colonne vertébrale est ankylosée, les épaules permettent quelques mouvements. La

vitesse de sédimentation est de 25 mm. en une heure en octobre 1950. Il a reçu de nombreuses séries de sels d'or et de thorium X.

Les ongles, ici, peuvent être considérés comme normaux. En effet, ce n'est que l'examen attentif qui décèle de nombreuses stries fines au pouce droit et quelques stries peu marquées à l'auriculaire gauche, ainsi que deux ponctuations au médius gauche et trois à l'auriculaire gauche. Tous les ongles ont une lunule. Un ongle cependant est nettement altéré, c'est le pouce gauche; il s'agit-là des séquelles d'un coup de marteau reçu par ce doigt plusieurs années auparavant; or, nous constatons des stries nombreuses et accentuées, des chaînettes, un étalement de l'éponichium. Ce petit fait est particulièrement intéressant car il met en évidence que les ongles n'expriment pas toujours un phénomène pathologique actuel, mais qu'à leur niveau peut aussi exister des séquelles. Le deuxième intérêt de cette observation est que nous avons ici des stries, des chaînettes et un étalement de l'éponichium, trois altérations unguéales particulièrement fréquentes dans les P.C.E. : il ne s'agirait donc là que de manifestations unguéales indifférentes à la nature de la cause qui les détermine, d'une banale réponse de l'ongle à quelque chose d'anormal.

Le cas n° 531 est celui d'un homme de cinquante ans chez lequel la spondylarthrite évolue depuis cinq ans. L'extension et l'abduction des hanches sont très diminuées, la flexion est douloureuse; les sacro-iliaques sont bloquées et douloureuses à la palpation. Toute la colonne vertébrale est limitée dans ses mouvements et le rachis cervical est particulièrement atteint; l'épaule droite est douloureuse et limitée dans son abduction. Il a reçu des sels de cuivre, du thorium X et plusieurs traitements d'ondes courtes. L'or a été essayé une fois et a été mal toléré.

Les ongles sont très peu modifiés. Ils ont tous des stries mais elles sont très peu marquées; la convexité et l'épaisseur de la lame de tous les ongles sont un peu diminuées. Tous les autres caractères sont normaux; seuls les auriculaires n'ont pas de lunule.

Le cas n° 580 est celui d'un homme de quarante-neuf ans chez lequel la spondylarthrite évolue depuis deux ans et s'aggrave progressivement. Le rachis a perdu beaucoup de sa souplesse; il présente une cyphose dorsale pas très accentuée; au niveau du cou, seuls les mouvements extrêmes sont diminués; les épaules et les hanches ont une abduction diminuée. Cet homme a perdu 5 cm. sur la taille qu'il avait au régiment.

Les ongles ne sont pas très altérés. Tous ceux de la main gauche sont striés et seuls le médius et l'annulaire droits ne le sont pas; ces stries sont nombreuses et peu accentuées. Les ponctuations ici, sont assez nombreuses; sur l'index droit, elles sont rapprochées les unes des autres et disposées sur deux lignes transversales; on en compte dix à l'annulaire et quatre à l'auriculaire à droite et sept sur le médius et l'annulaire à gauche. Ce qui est assez particulier dans ce cas, c'est l'exagération de la coloration du lit unguéal au niveau des stries; celles-ci sont, en quelque sorte, soulignées en rouge sous la lame. Les autres caractères des ongles sont normaux; tous ont une lunule.

Que pouvons-nous essayer d'apporter en fait de lésions unguéales dans les spondylarthrites ankylosantes ? certains faits attirent en effet l'attention : dans aucun de ces cas, nous n'observons de chaînettes, de diminution du brillant de la lame, d'étalement de l'éponichium, de diminution du nombre des lunules; nous avons trouvé des stries, mais pas sur tous les ongles, et dans tous les cas, elles sont peu marquées. Les ongles des cas n°s 505 et 531 sont sensiblement normaux. Dans le cas n° 580, les deux troubles qui retiennent l'attention sont les ponctuations d'une part et la coloration rouge du lit unguéal au niveau des stries d'autre part. Or, le premier de ces troubles n'est pas de ceux que nous avons rencontrés le plus souvent dans les P.C.E. et c'est la première fois que nous rencontrons le second.

Il nous semble donc que les ongles sont beaucoup moins atteints dans les spondylarthrites ankylosantes que dans les polyarthrites chroniques évolutives. Cependant, il ne faut pas généraliser trop vite : nous avons vu, en étudiant une vingtaine

de cas de P.C.E., comme les résultats sont variables et déroulants parfois.

Voyons maintenant les quelques observations que nous avons glanées en dehors de ces deux formes de rhumatisme inflammatoire.

Cas n° 554, coxarthrose bilatérale chez une femme de cinquante-huit ans. Les ongles sont assez modifiés. Tous sont striés avec quelques stries particulièrement saillantes. Certains ongles ont une ou deux ébauches de chaînette (index et auriculaire à droite, trois derniers ongles à gauche); le pouce gauche a trois chaînettes. On trouve des ponctuations (cinq à l'annulaire et deux à l'auriculaire à droite; deux sur l'annulaire et l'auriculaire gauches). Deux ongles (index droit et annulaire gauche) sont « plats » et « mous »; les deux derniers ongles gauches sont un peu « courts ». Les autres caractères sont normaux. Tous les ongles ont une lunule.

Cas n° 556, arthrose des genoux chez une femme de soixante ans. Tous les ongles sont striés, mais les stries sont fines; le pouce droit a deux ébauches de chaînette; l'annulaire a une chaînette, l'annulaire gauche en a deux et l'auriculaire gauche, trois. Tous les autres caractères sont normaux; tous les ongles ont une lunule.

Cas n° 557, arthrose des genoux et des chevilles chez une femme de cinquante-deux ans. Tous les ongles sont striés, les stries sont peu saillantes dans l'ensemble : l'auriculaire droit et les trois derniers ongles gauches ont plusieurs stries très accentuées. Seuls le pouce droit et l'index gauche n'ont pas de chaînettes; trois doigts n'ont qu'une ébauche de chaînette, les autres ont plusieurs chaînettes. Tous les ongles sont un peu « courts ». Tous les autres caractères sont normaux; tous les ongles ont une lunule.

Cas n° 581, maladie de Paget chez un homme de cinquante-sept ans. On trouve quelques stries peu saillantes à l'index et à l'auriculaire droits et au pouce et à l'index gauches, une ébauche de chaînette à presque tous les ongles (sauf le médius droit et l'index gauche), quatre ponctuations disposées sur la même ligne transversale près du bord libre à l'annulaire droit

et deux ponctuations à l'index gauche. On constate un début d'étalement de l'éponichium à tous les ongles et une diminution du nombre des lunules (seuls les pouces et les index en ont).

Les cas n^{os} 556, 557, 562 ont des ongles très peu altérés et il y a cependant parmi eux une femme de soixante ans; l'âge ne semble pas primordial dans la formation des lésions unguéales. Dans le cas n^o 554, les ongles sont un peu plus altérés, mais c'est encore peu de chose : quelques stries, quelques ébauches de chaînette, quelques ponctuations, deux ongles plats et mous. Nous sommes loin des observations que nous avons faites dans les P.C.E. Le cas n^o 581 est le seul où les altérations unguéales retiennent davantage l'attention, mais, là encore, les troubles sont peu nombreux, peu marqués et n'atteignent pas tous les ongles; il faut cependant noter que c'est le seul des cinq cas où le nombre des lunules est diminué et où l'éponichium est un peu aminci et étalé.

Ces observations font ressortir l'importance de l'atteinte unguéale dans les P.C.E., mais, ici encore ne généralisons pas trop vite.

Réflexions pathogéniques

Les documents qui essayent de donner une interprétation pathogénique des altérations unguéales (en dehors de celles qui relèvent d'une affection dermatologique bien définie) sont rares et on se demande encore si leurs conclusions ne sont pas souvent un peu hâtives.

Nous ne mentionnerons ici que deux de ces documents. Il s'agit d'une part de l'article du *Courrier Médical* publié à la suite de la communication faite par le Docteur L. PRON d'Alger à la Société de médecine des hôpitaux de Paris en juin 1934 et intitulé « Séméiologie unguéale » et, d'autre part, le livre de Henri MANGIN publié en 1946 et intitulé « Etude clinique et psychologique des ongles ». Voici ce que disent ces auteurs à propos des différentes lésions unguéales que nous avons constatées le plus souvent.

A PROPOS DES STRIES.

Le Docteur PRON : « Les ongles présentent souvent des stries longitudinales; celles-ci indiquent de l'instabilité thyroïdienne et des troubles intestinaux. »

H. MANGIN : « L'existence de stries unguéales simples paraît toujours répondre à une mauvaise assimilation, à un certain état d'atonie intestinale et par suite à la paresse de la fonction, à un vieillissement plus ou moins sensible de l'organisme... Le Docteur Léopoldo Hernandez CHAVEZ, de Mexico, développe à leur sujet des considérations intéressantes : « Indépendamment de la leuconychie, il existe d'autres signes unguéaux qui donnent un diagnostic absolument sûr. Ces signes

sont des stries longitudinales sensibles à l'œil comme au toucher. Linéaires, elles appartiennent d'une manière indiscutable au plan général de l'organisme et se dirigent de la matrice vers la pointe. Ces lignes sont des indications précises de lésions dans les intestins... »

A PROPOS DES CHAINETTES.

Le Docteur PRON : elles se « rencontrent dans des troubles variés, hépatiques, intestinaux, rénaux, nerveux ».

H. MANGIN : elles « se rencontrent chez les personnes déjà d'un certain âge. La plupart son rhumatisantes de façon plus ou moins sensible ».

A PROPOS DES LUNULES.

Le Docteur PRON : elles « s'observent le plus souvent sur les deux ou trois premiers doigts; au-dessous de ce nombre, c'est manque de vitalité; si tous les doigts en sont pourvus, c'est « véritable fureur vitale » pour CARTON ».

H. MANGIN : « Il ne faut pas attacher à l'absence des lunules une importance excessive. Le fait qu'elles manquent à tous les ongles, hormis celui du pouce, permet simplement d'inférer l'existence d'un très léger trouble de santé. Le surmenage et la fatigue, les insuffisances (les hypothyroïdiens ont, pour la plupart, des ongles sans lunule) ou les excès endocriniens ne sont pas étrangers à ce phénomène auquel ne s'attache pourtant aucun caractère de gravité. Ces petites lunes unguéales sont aussi en relation avec l'état circulatoire. Leur disparition semble coïncider en effet, avec une diminution du rythme cardiaque et correspond à une petite déficience cardiaque. »

A PROPOS DE L'ÉTALEMENT DE L'ÉPONICHIMUM.

Le Docteur PRON : « Quand ce repli tend à recouvrir la lunule, c'est déficience de santé. »

H. MANGIN : c'est « expression d'acidité ou de décalcification ou de palpitations ».

A PROPOS DE LA DIMINUTION DU BRILLANT DE LA LAME.

H. MANGIN : « Mats et pâles, les ongles sont expressifs d'hypothyroïdie et d'hypopituitarisme. »

Le Docteur PRON n'en parle pas.

Nous laisserons ici de côté les autres modifications unguéales que nous avons rencontrées : elles ne paraissent pas assez constantes.

Des ces interprétations que retenir ? Le rôle que font jouer ces auteurs aux glandes endocrines d'une part, à l'appareil digestif d'autre part, ainsi qu'à l'appareil circulatoire.

A l'heure actuelle où les traitements hormonaux apportent tant d'espoir en ce qui concerne la P.C.E., on peut se demander si les altérations unguéales ne sont pas liées plus ou moins à des troubles endocriniens.

On ne saurait négliger non plus, les troubles digestifs. N'est-ce pas au chapitre « Nutrition » qu'il faut chercher la littérature sur le rhumatisme et la P.C.E. en particulier, dans les traités de médecine ? DEGLOS, en 1907, dans sa thèse sur le rhumatisme chronique déformant, a mis en évidence la fréquence des troubles digestifs chez les rhumatisants chroniques, quand on prenait la peine de les rechercher. PEMBERTON, en 1933, insiste sur le rôle du mauvais fonctionnement intestinal; il a relevé, entre autres, l'existence de constipation dans 70 % des cas d'une série de deux cents malades atteints de P.C.E. COSTE et POLONOVSKI, à sa suite, ont étudié le métabolisme des glucides et ont constaté que « dans les formes graves, tout au moins, il existait un trouble de ce métabolisme avec réponse du type paradiabétique à l'épreuve d'hyperglycémie provoquée ». COMROE, en 1939, insiste à son tour, sur l'excès d'amidon retrouvé dans les selles de 80 % des malades et discute alors l'importance, dans la P.C.E., de telle ou telle flore microbienne, de tel ou tel pH, de telle ou telle malformation de l'intestin. J. GRABER-DUVERNAY, en 1942, dans le *Lyon Médical*, attira à nouveau l'attention sur les affections intestinales dans les P.C.E. Lors de notre séjour à l'Hospice thermal d'Aix-les-Bains, nous avons centré nos observations sur les ongles et les manifestations propres de la P.C.E. : nous

regrettons maintenant de ne pouvoir préciser quel était l'état des fonctions digestives de nos malades. Cependant combien de fois avons-nous été consultée par les malades en cours de traitement thermal pour leurs petits ennuis digestifs !

Quel rôle jouent exactement les troubles digestifs dans les altérations unguéales ? Nous n'en savons rien. On peut supposer que la P.C.E. s'accompagne (nous ne préjugeons pas ici de l'étiologie propre de la P.C.E.) de troubles du métabolisme de certaines substances nécessaires à la formation d'un ongle normal. Il resterait à faire, au niveau de l'intestin, du sang et des ongles, les études nécessaires afin de mettre en évidence ce ou ces troubles du métabolisme, si toutefois ils existent.

Nous regrettons beaucoup de n'avoir pu nous livrer nous-même à ces recherches. Cependant, certains examens de laboratoire ont déjà été faits par d'autres auteurs, dans un but différent certes, et nous voudrions les mentionner ici car ils apportent une contribution à cette étude.

SULLIVAN et HESS ont étudié la teneur en cystine des ongles dans le rhumatisme chronique. Ils ont publié les résultats de leurs travaux dans le *Journal of Bone and Joints Surgery* en janvier 1934.

Ils ont examiné vingt-six sujets normaux et cent trois rhumatisants. Ils ont trouvé que le taux de cystine variait de 10,28 à 13,02 % avec une moyenne de 11,69 % chez les sujets normaux et de 7,20 à 13,11 % avec une moyenne de 9,77 % chez les rhumatisants. Ils concluent à un abaissement du taux de la cystine unguéale dans le rhumatisme chronique; nous regrettons qu'une discrimination n'ait pas été faite entre les différentes formes de rhumatisme.

Dans une deuxième partie, ils étudient l'influence d'un traitement soufré sur le taux de cystine unguéale et concluent à un relèvement sensible de ce taux à la suite du traitement.

Et voici comment ils interprètent leurs résultats : « Bien des exemples pourraient être donnés qui montreraient dans le métabolisme du soufre un moyen de défense actif, bien que limité, de l'organisme. La désintoxication semble, en effet, un des principaux rôles du système cystine-cystéine-glutathion.

Dans la majorité des cas de rhumatisme chronique, le faible taux de la cystine unguéale semble traduire l'existence d'un facteur toxique qui fixerait les complexes soufrés comme par exemple le glutathion, et ainsi dériverait le soufre de son évolution normale, laquelle entraîne en particulier un taux de cystine unguéale au moins égal à 11 %. L'augmentation du taux de cystine unguéale dans un certain nombre de cas de rhumatisme chronique après injections soufrées, peut s'interpréter de la façon suivante : le soufre directement ou indirectement, après transformation organique, s'est combiné avec les composés toxiques permettant ainsi au soufre organique normal de suivre son évolution habituelle. La nature de ces substances toxiques invoquées dans la plupart des cas de rhumatisme est encore à chercher dans une étude détaillée du sang et de l'urine. »

H.-B. SALT et A.-R. NELIGAN ont repris cette question à la Conférence internationale d'Aix-les-Bains, consacrée en 1934 au R.C.P.I. (P.C.E.), et ont fait une communication très intéressante pour nous.

Dans une première partie, ils rappellent les grandes lignes du métabolisme soufré. Bien qu'ils mentionnent à peine le rôle des ongles, nous nous permettons de reproduire ici ce passage de leur exposé car il ne peut qu'aider à la compréhension du métabolisme du soufre au niveau des ongles et des perturbations qu'il peut subir : « Seul le soufre organique est susceptible d'être assimilé et utilisé. On l'absorbe sous forme de protéines, à l'état de complexes soufrés protéiques, tels que la cystine, acide aminé essentiel à la vie et à la croissance, et la méthionine autre acide aminé abondant dans la caséine, sous forme lipophile et glucosique. Dans le corps humain, le soufre se trouve dans tous les tissus y compris le sang (ergothionine et glutathion des globules), mais il est particulièrement abondant dans les tissus kératinisés (poils, ongles, peau : 10 à 14 %), les surrénales (3 %), le foie et le pancréas. Il est intéressant d'ajouter que le soufre existe sous forme glucosique dans le cartilage (mucoïde) et la synoviale (mucine). Il faut dire également que l'insuline contient du soufre (3,06 à 3,58 %) qui est essentiel pour son activité. Dans la cellule

vivante, le soufre se présente sous forme de glutathion, substance auto-oxydable régulatrice de la respiration cellulaire interne. L'organe principal du métabolisme est le foie. Il reçoit du soufre venu de l'intestin et des tissus sous forme de cystine par exemple, et grâce à cet élément, il assure un équilibre de la nutrition et de la respiration des tissus (thiopexie et thio-oxydation). En outre, grâce au soufre qui lui parvient, le foie remplit des fonctions anti-toxiques importantes en neutralisant les produits nocifs du métabolisme intestinal, composés hydroxyphénoliques et acide cholalique. Les premiers sont éliminés dans l'urine à l'état de phényl-sulfates, l'acide, à l'état d'acide tauro-cholique biliaire, c'est-à-dire d'un composé où il est associé à la taurine, dérivée de la cystéine. Il est probable que cette action de désintoxication s'étend aussi aux toxines bactériennes et aux substances résultant d'un métabolisme anormal des protéines. Le reste du soufre est éliminé par les reins et les intestins sous forme de soufre neutre et de sulfate inorganique. Le soufre est également éliminé par la peau, la salive, les poumons ».

Dans une deuxième partie, ils envisagent le métabolisme du soufre dans la P.C.E., mais seulement sur deux points particuliers : dans le premier point, ils envisagent l'élimination du soufre dans l'urine et font part d'abord des conclusions de CAWADIAS; celui-ci trouve une augmentation de l'élimination du soufre et l'attribue à un catabolisme exagéré; il pense que la thiopexie serait perturbée par les causes externes du rhumatisme. Nous retrouvons là les conclusions de SULLIVAN et HESS. Pour RACE, disent SALT et NELIGAN, il s'agirait d'une oxydation incomplète du soufre. Dans le deuxième point, ils envisagent la cystine dans les tissus kératinisés. Ils soulignent l'importance du taux de cystine dans ces tissus et rappellent la présence de tyrosine dans la peau. Ils donnent alors les résultats de l'étude qu'ils ont entreprise à la suite des travaux de SULLIVAN et HESS sur le taux de cystine unguéale. Ils ont pratiqué ce dosage sur trente-deux malades atteints de P.C.E. Leurs recherches confirment, si on considère la moyenne des chiffres obtenus (7.78 %), l'abaissement du taux de cystine unguéale constaté par SULLIVAN et HESS. La moyenne du taux

de cystine unguéale qu'ils ont trouvé chez douze sujets sains était de 12,12 %. Voici comment ils interprètent leurs résultats : « Les tissus kératinisés semblent se comporter comme des réservoirs de soufre; mais leur rôle est-il purement passif ? si l'activité, et par conséquent l'importance physiologique d'un organe sont liées à sa teneur en soufre, le système cutané se place au premier rang. On connaît d'ailleurs la participation de la peau à la séméiologie des affections rhumatismales. On peut diminuer le contenu d'un réservoir en supprimant les entrées ou en augmentant les sorties. L'état normal de nos réserves en soufre tient évidemment au bon fonctionnement du métabolisme; chez les rhumatisants chroniques, l'anomalie du métabolisme peut être constitutionnelle (diathèse) ou acquise : dans cette seconde éventualité, on n'oubliera pas l'intervention possible d'un facteur toxique ou infectieux. Le fait que nous avons trouvé une diminution de la cystine unguéale dans les affections chroniques non rhumatismales, nous laisse supposer que le phénomène traduit un abaissement général de la vitalité; chez onze malades (néphrites, cardiopathies, etc.), le chiffre moyen fut de 8,91 % de cystine. »

Nous ne partageons pas leur avis en ce qui concerne le rôle de réserve que joueraient les ongles; ceux-ci se forment en effet de façon centrifuge à partir de la matrice et du lit et leur croissance est telle que nous les coupons régulièrement. Si la matière même de l'ongle contenait des substances encore utilisables par l'organisme, il y aurait là un véritable gaspillage que nous ne sommes pas habitués à constater en physiologie. Nous pensons plutôt que l'ongle a une fonction excrétrice; aucun travail précis ne paraît avoir été fait dans ce domaine, mais la peau (et ses annexes) a toujours été classée comme appareil excréteur. La diminution du taux de cystine unguéale pourrait alors correspondre à une plus grande utilisation du soufre dans les autres tissus (et nous pensons ici à ce que soulignaient ces deux auteurs, à savoir que le cartilage et la synoviale contiennent des substances soufrées; dans les remaniements tissulaires de ces tissus au cours de la P.C.E., ne pourrait-il pas y avoir fixation exagérée de soufre ?) ou à une déficience fonctionnelle de la matrice et du lit de l'ongle

qui ne parviendraient plus à fixer autant de cystine que normalement.

Une autre communication de cette même conférence d'Aix-les-Bains nous apporte un renseignement complémentaire. Leurs auteurs ont en effet étudié, dans de nombreuses maladies et dans la P.C.E. en particulier, les variations du soufre neutre et du soufre oxydé, l'équilibre sanguin, la thiémie, l'appétence des organes (foie, surrénales, peau, muscles, cœur) et leur rôle dans la fixation et l'oxydation du soufre; ils ont précisé la place du glutathion dans ce métabolisme où il joue un rôle capital. De leurs travaux, ils concluent d'une part à une augmentation du soufre total du sérum sanguin, à une très importante baisse du taux du glutathion du sang total et à la conservation du taux normal du soufre oxydé et, d'autre part, à l'appétence des tissus pour le soufre introduit dans l'organisme par voie sous-cutanée ou orale, la thiémie du sang total et l'élimination urinaire n'étant que très faiblement augmentées, d'une manière disproportionnée avec la quantité de soufre introduite.

Pouvons-nous interpréter ces résultats dans le sens de l'hypothèse que nous émettions un peu plus haut ? Il semble que oui. Pour nous, la baisse dans le sang du taux total du glutathion (forme utilisable par les tissus et nécessaire à leur vie) et l'appétence des tissus pour le soufre introduit dans l'organisme traduirait une thiopexie exagérée au niveau des cartilages et des synoviales des articulations atteintes par le P.C.E., et l'augmentation du soufre total dans le sérum serait dû à la rétention du soufre déchet, du fait de la déficience fonctionnelle des ongles. Ce serait, pour le soufre, l'analogie d'une augmentation du taux de l'urée sanguine en cas de déficience fonctionnelle du rein. Le fait que le taux du soufre oxydé est inchangé, nous fait penser que l'élimination urinaire et biliaire se fait normalement. On peut encore penser, à la suite de SULLIVAN et HESS, de CAWADIAS, que le processus morbide (encore inconnu) de la P.C.E. formerait avec le glutathion utilisable par les tissus un complexe soufré dont les liaisons seraient très stables et qui serait difficile à éliminer : il y

aurait à la fois dérivation du soufre utile et rétention sanguine de ces composés soufrés non éliminables par les ongles.

SALT et NELIGAN, en terminant leur exposé, font remarquer qu'ils ont constaté la baisse du taux de cystine unguéale dans d'autres maladies chroniques. Ils considèrent donc ce signe comme la marque d'une déficience de l'état général. Il est regrettable que nous ne possédions pas de renseignements sur le taux des différentes formes de soufre dans les divers tissus de l'organisme. En effet, la diminution du taux de cystine unguéale ne traduit peut-être qu'une déficience de la matrice et du lit de l'ongle, indépendante du métabolisme du soufre dans les autres tissus et on peut facilement admettre que d'autres maladies que la P.C.E. aient une répercussion au niveau des ongles. Si l'on pense, à l'opposé, que cette baisse du taux de la cystine unguéale est liée aux troubles du métabolisme du soufre, ou bien il faut faire jouer à ces troubles un rôle secondaire dans la P.C.E., ou bien il faut invoquer, dans les autres maladies, un processus un peu différent que celui que nous suggérions tout à l'heure et c'est pourquoi il serait intéressant de connaître, ailleurs qu'au niveau des ongles, le taux du soufre dans les tissus et la forme sous laquelle on le trouve dans les différents organes.

W.-P. ARGY, en février 1935, dans le *Journal of the American Medical Association*, publie une étude comparative entre le taux de cystine unguéale et la vitesse de sédimentation globulaire. Il a étudié vingt-deux cas de rhumatisants et donne le tableau résumé suivant pour exprimer ses résultats :

Vitesse de sédimentation	Nombre de cas	Taux moyen de cystine unguéale
de 0 à 10 mm. par heure	4	10,85 %
de 10 à 20 mm. par heure	6	10,36 %
de 20 à 30 mm. par heure	6	9,33 %
de 30 à 35 mm. par heure	6	8,51 %

Il a constaté que les deux réactions variaient d'une manière inversement proportionnelle. Il serait intéressant de faire cette

même étude comparative en dehors de la P.C.E. : le taux de la cystine unguéale est peut-être abaissé dans tous les syndromes où nous constatons une augmentation de la vitesse de sédimentation globulaire.

COMROE, en 1939, émet de sérieuses réserves en ce qui concerne le taux de cystine unguéale dans la P.C.E., il insiste d'abord sur la longueur et la minutie du dosage et dit que, dans ses statistiques, cette diminution du taux de la cystine unguéale est loin d'être aussi constante qu'on a voulu le dire. Bien des auteurs pensent de même à l'heure actuelle. Nous n'insisterons donc pas sur les hypothèses que ces travaux sur le taux de cystine unguéale et sur le métabolisme du soufre nous ont suggérées. Si nous avons cependant tenu à exposer un peu longuement ces études, c'est qu'elles représentent pour nous les premiers pas d'une étude systématique du métabolisme des différents constituants de la matière même de l'ongle. C'est sur les résultats de travaux de ce genre, plus étendus et plus complets, qu'on peut espérer voir s'établir quelques hypothèses sur le fonctionnement unguéal à l'état physiologique comme à l'état pathologique.

Avant d'abandonner ce chapitre des examens complémentaires, nous voudrions faire part de quelques travaux qui ont été faits sur la circulation au niveau du lit de l'ongle.

Cherchant, après tant d'autres, à faire la part des phénomènes circulatoires dans le rhumatisme chronique, A. Bisset examina les capillaires de plus de cent cas de rhumatisme et publia ses résultats dans le *Lancet*, en septembre 1932. Nous regrettons qu'il n'ait pas fait de discrimination entre le rhumatisme inflammatoire et le rhumatisme dégénératif; c'est pourquoi nous ne donnons ici ses conclusions qu'à titre d'orientation. Voici en effet, ce que constate BISSET :

- 1° le nombre des capillaires est diminué par rapport à celui qu'il a constaté dans les cas normaux;
- 2° les anses capillaires donnent des ombres beaucoup moins sombres que normalement et certaines d'entre elles sont discontinues, ce qui correspondrait à une absence de globules rouges à ce niveau;

3° les anses capillaires sont plus longues et plus étroites qu'à l'état normal. Dans les cas normaux en effet, le rapport entre la longueur de l'anse et son diamètre est de 3, alors qu'il atteint 7 ou 8 en cas de rhumatisme. Les capillaires sont encore moins sinueux que normalement.

BISSET pense à un effet de vasoconstriction mais il n'affirme pas que cet état soit spécifique du rhumatisme.

Les remarques qu'il fait sont intéressantes car ces modifications vasculaires entraînent sans doute une diminution des échanges entre le sang et les tissus et on comprend bien qu'un ongle mal nourri soit déficient et n'ait pas un aspect normal.

La Revue du Rhumatisme de juillet 1937 rapporte un article intéressant de Karl MESZAROS (Hongrie). Cet auteur a examiné les vaisseaux cutanés et les capillaires du pli de l'ongle chez 60 malades atteints de polyarthrite chronique; il a trouvé dans le groupe des polyarthrites primitives chroniques (P.C.E.) et dans le groupe des polyarthrites torpides des anomalies dans la plupart des cas, notamment un abaissement de la tension des vaisseaux cutanés, une lenteur de l'hyperémie réactionnelle, un aspect capillaire indiquant une vasomotricité dérégulée, un courant ralenti dans les capillaires. On peut remarquer qu'il conclue dans le même sens que BISSET et c'est ce qui est intéressant.

E. DAVIS en 1946 donne un avis un peu différent. Il a examiné les capillaires du lit unguéal de 1.000 malades environ (il s'agit ici de toutes sortes de malades et pas seulement de rhumatisants). Pour lui, chaque personne a un type de capillaires qui lui est propre et il pense que c'est à tort que certains ont voulu tirer des conclusions de cette variété. Par contre, il insiste sur un autre point particulier : les pétéchie capillaires. Il dit qu'il n'en a jamais rencontré chez des sujets sains, mais qu'il en a trouvé chez de nombreux malades qui n'avaient pourtant pas de pétéchie cutanées. A son avis, du reste, il n'y a aucun type pathognomonique de pétéchie et il ne parle pas de rhumatisme. Nous sommes un peu loin ici, de la P.C.E. mais ces réflexions nous paraissent intéressantes pour orienter

ultérieurement les recherches sur les modifications unguéales dans cette maladie.

A partir de nos constatations cliniques et des travaux que nous venons d'envisager, nous voudrions dégager quelques interprétations possibles des lésions unguéales que nous avons rencontrées au cours des P.C.E.

Pour ce qui est des modifications du relief de la lame, nous pensons qu'il s'agit là de troubles localisés à telle ou telle partie de la matrice ou lit unguéal. Comme il s'agit alors non pas de taches, mais de stries, de chaînettes, de ponctuations, nous pouvons remarquer qu'il s'agit donc, et seulement, de modifications en quantité. La substance unguéale n'est pas modifiée, à priori, dans sa composition. *Les stries* correspondent à une élaboration exagérée de matière unguéale au niveau de certains points de la matrice. Le fait que nous avons trouvé, dans un cas, une coloration du lit unguéal, très rouge au niveau des stries constatées sur la lame, nous porte à dire que le lit unguéal joue sans doute un rôle dans la formation ou le maintien de ces stries. Les stries étant une production exagérée d'un tissu normal, il paraît difficile de faire intervenir ici un défaut circulatoire localisé : stase, spasme au niveau de quelques capillaires, qui, à priori, entraînerait plutôt une diminution de la production unguéale. Il semble qu'il s'agisse plutôt d'un dérèglement fonctionnel localisé à certaines petites zones; il est difficile d'en imaginer la cause, car il serait logique de penser que celle-ci ne touche que les zones où le trouble se manifeste; il ne peut donc s'agir que de causes tissulaires propres (altération spontanée de certaines zones ou réponse particulière de certaines zones à une altération de la composition sanguine) ou de causes nerveuses difficiles à préciser.

Les chaînettes posent un autre problème : elles représentent un trouble discontinu, donc un état qu'on aurait tendance à qualifier de réversible. Or, la clinique nous montre que les stries sont beaucoup plus banales que les chaînettes et surtout que ces dernières se voient dans des formes plus graves d'altération unguéale.

Une comparaison, qui est très loin d'être parfaite, nous vient à l'esprit : la tachycardie représente un hyperfonctionne-

ment régulier du cœur et les extrasystoles un hyperfonctionnement irrégulier. Les stries seraient l'analogue de la tachycardie et les chaînettes, des extrasystoles; mais si on sait en cardiologie à quoi rattacher ces manifestations, on ne sait rien, en fait, du mécanisme qui déclenche la formation des stries et des chaînettes.

Une fois installés, ces troubles paraissent rester toujours localisés au même endroit de l'ongle : la continuité de la strie, la présence sur la même ligne longitudinale des petites saillies de la chaînette indique la permanence, au niveau de certains points de la matrice, du trouble qui engendre ces manifestations. Nous pouvons rappeler à ce sujet, les stries et les chaînettes apparues sur le pouce gauche d'un de nos malades atteint de spondylarthrite ankylosante, à la suite d'un coup de marteau il y a plusieurs années et jamais disparues depuis. Ce cas particulier où les stries et les chaînettes sont d'origine traumatique nous permet de dire que le dysfonctionnement de la matrice unguéale peut n'être qu'une simple séquelle d'une cause qui a disparu; on peut en déduire que les stries et les chaînettes ne traduisent pas forcément la cause actuelle de la lésion de la matrice; le processus pathologique qui a fait apparaître ces modifications du relief peut être complètement éteint. Il y a sans doute des exceptions à cette règle de la continuité de ces troubles; en effet, nous avons constaté, sur les excellentes photos publiées par R. SIMONS à propos de son cas de pigmentation des ongles avec lignes transversales de BEAU chez un malade atteint de P.C.E., après chrysothérapie, que les chaînettes et les stries sont nombreuses et bien visibles en avant de la ligne de BEAU alors qu'en arrière d'elle l'ongle nouveau est à peine strié. Ceci laisse supposer que stries et chaînettes ne sont définitives que si le processus pathologique ou traumatique a été très intense d'emblée ou s'il s'est prolongé pendant très longtemps ce qui est peut-être le cas dans la P.C.E. Dans le cas de SIMONS, la présence d'une ligne transversale de BEAU très marquée laisse penser qu'un phénomène nouveau est survenu au niveau de l'ongle, a touché celui-ci dans son ensemble et a déclenché une modification dans son

fonctionnement ce qui a entraîné, à partir de ce moment, la production d'un ongle d'aspect à peu près normal.

Les ponctuations, elles, paraissent beaucoup moins difficiles à interpréter. En effet, ce sont des modifications par défaut. On peut donc invoquer n'importe quel trouble local, circulatoire en particulier. Elle siègent en n'importe quel point de la lame; elles semblent donc traduire un trouble passager et de peu d'importance, réversible.

Les lunules, elles, sont assez difficiles à interpréter. Nous n'avons même pas trouvé de description histologique détaillée à leur sujet. Elles paraissent représenter une zone moins vascularisée du lit unguéal, une zone où le tissu serait intermédiaire comme structure cellulaire et comme structure physico-chimique entre le tissu du lit unguéal et la lame elle-même. Pourquoi cette lunule a-t-elle une limite convexe du côté du lit unguéal ? Pourquoi cette limite, dans des cas que nous qualifions de pathologiques, devient-elle rectiligne ? Pourquoi certains ongles, dits normaux, ont des lunules et d'autres pas ? Pourquoi, dans certains cas que nous disons pathologiques aucun ongle n'a de lunule ? En réalité, nous n'en savons rien. Il semble qu'on puisse faire intervenir là, à la fois un facteur local circulatoire et facteur général, métabolique, mais nous ne saurions préciser comment.

La diminution du brillant de la lame, étant une modification de la qualité, répond vraisemblablement à un trouble métabolique général ou à une déficience générale de la fonction unguéale. Nous nous sommes longuement étendue sur les troubles du métabolisme du soufre; est-ce de ceux-ci qu'il s'agit ici ? Nous ne savons pas. Il faudrait étudier la composition chimique des différents constituants de l'ongle normal et de toutes sortes d'ongles pathologiques; il faudrait étudier le métabolisme de tous ces constituants dans le reste de l'organisme pour essayer de voir à quoi correspondent les modifications qui se voient sur les ongles altérés. Il faudrait faire en même temps, dans chaque cas, un examen histologique unguéal. R. SIMONS, dans son cas d'altérations unguéales après chrysothérapie au cours d'une P.C.E., a prélevé un ongle en vue de toutes sortes d'examen. Il a fait, en particulier un examen

histologique et a constaté un effritement des lamelles unguéales et une fixation plus importante du colorant sur le bord de ces lamelles. Voilà un examen intéressant, mais faute d'autres examens de ce genre auxquels comparer son cas, SIMONS n'a pu tirer aucune conclusion de ses constatations. Si, au cours de tous ces examens chimiques compliqués, mais nécessaires dans des travaux de recherche scientifique, les chercheurs pensaient à noter l'aspect des ongles et pensaient à les regarder au microscope, peut-être trouveraient-ils une relation entre les aspects morphologiques (macroscopiques et microscopiques) de l'ongle et leurs constatations chimiques et cela devrait permettre, plus tard, dans la pratique courante, de déduire, à partir de constatations morphologiques unguéales des renseignements non seulement sur l'état de la matrice ou du lit de l'ongle, mais encore sur le métabolisme de telle ou telle substance organique.

L'étalement de l'éponichium paraît correspondre à un trouble du même genre que celui que nous invoquons pour la diminution du brillant de la lame. L'amincissement de l'éponichium, le fait qu'il adhère et s'étale sur l'ongle paraît indiquer un changement qualitatif tissulaire. Répondrait-il exactement au même trouble que la perte du brillant de la lame ? Nous avons constaté que, dans la plupart des cas, ces deux troubles coexistaient, cependant nous avons relevé quelques exceptions; faut-il faire intervenir un simple décalage dans la réponse des tissus à un même trouble ? On peut le supposer mais rien ne l'affirme.

Nous laisserons de côté les autres altérations unguéales en raison de leur moindre fréquence d'une part, mais aussi en raison de la plus grande difficulté qu'il y a à les interpréter. On constate, en effet, combien la pathologie unguéale est complexe et comme il est difficile de l'étudier quand manquent les données physiologiques de base.

Nous ne pouvons donc donner aucune conclusion précise concernant l'interprétation de telle ou telle lésion constatée dans la P.C.E., nous ne pouvons qu'émettre de vagues hypothèses et entrevoir quelques possibilités d'interprétation d'ensemble.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié en détail douze cas de P.C.E. et avons également étudié les altérations unguéales de neuf autres cas.

Nous n'avons jamais trouvé d'ongles tout à fait normaux. Les signes unguéaux que nous avons relevés le plus souvent sont par ordre de fréquence : les stries, les chaînettes, la diminution du nombre des lunules ou, plus rarement leur altération morphologique, l'amaigrissement et l'étalement de l'éponichium, la diminution du brillant de la lame. Les autres troubles sont moins fréquents, ce sont des troubles de la longueur, de la convexité, de l'épaisseur, des ponctuations, des lignes transversales, des troubles de la coloration du lit unguéal. Dans aucun cas nous n'avons trouvé d'ongles déformés ni de taches, qu'elles soient blanches ou pigmentées.

Ces altérations sont habituellement associées, mais toutes les variétés d'associations peuvent se voir. Certains troubles touchent généralement tous les ongles à la fois, ce sont les stries, la diminution du brillant de la lame, l'étalement de l'éponichium ; les autres troubles n'atteignent que quelques ongles, chaque altération ne touchant pas forcément les mêmes ongles.

L'examen comparatif des lésions unguéales et de la clinique, nous permet de conclure à la plus grande importance des lésions unguéales dans les cas de P.C.E. qui évoluent depuis longtemps, de ceux où les mains sont particulièrement atteintes par le rhumatisme. Nous n'avons observé aucune relation entre les lésions unguéales et l'âge du malade, la gravité de la maladie, les autres troubles trophiques, les traitements antérieurs, la vitesse de sédimentation globulaire.

Pour nous, les lésions unguéales répondent à deux sortes de troubles, le plus souvent associés : d'une part des modifications d'ordre général dont le sang serait le vecteur et d'autre part des modifications d'ordre local au niveau des mains ou au niveau des tissus générateurs de l'ongle eux-mêmes. Dans les premiers on peut suggérer des troubles hormonaux ou des troubles métaboliques dont l'origine serait à chercher soit dans l'agent causal du rhumatisme, soit dans une déficience tissulaire intestinale, hépatique ou autre. Dans les seconds nous pensons que les troubles circulatoires et vago-sympathiques sont au premier plan; l'influence nerveuse n'a guère été mise en évidence, elle n'est peut-être pas négligeable.

Au cours de notre enquête, nous nous sommes rendu compte combien les connaissances actuelles sur la physiologie et la pathologie des ongles étaient rudimentaires. Nous avons cependant avec les ongles un organe facile à examiner non seulement cliniquement mais aussi au microscope et en chimie, puisqu'on peut le couper si facilement. Pour nous, cet organe a une fonction excrétrice. La lame unguéale qui s'élimine peu à peu et se reforme au fur et à mesure est solide; elle élimine donc sans doute certaines substances que n'éliminent pas les reins qui ne laissent passer, normalement, que les substances dissoutes. Si on envisage le côté infectieux de la P.C.E., on peut admettre la formation de toxines qui peuvent former, avec certains produits organiques des complexes assez stables qui ne peuvent pas être éliminés par l'urine; l'ongle jouerait peut-être ici un rôle plus important qu'on ne paraît le supposer jusqu'à présent. Mais, nous le soulignons, ceci n'est qu'une pure hypothèse.

Il serait intéressant d'étudier la physiologie normale de l'ongle, les réactions biochimiques qui se font à son niveau et la composition normale de la lame. Il faudrait ensuite décrire, d'une manière parallèle, dans de nombreux cas d'une même maladie et dans de nombreuses affections, l'état morphologique (macroscopique et microscopique) et son état chimique, en dosant également dans le sang le taux des substances utilisées par l'ongle. On arriverait ainsi, sans doute, à donner à l'ongle la place qu'il devrait avoir en clinique.

C'est en raison de cette carence de la littérature médicale sur les ongles que nous n'avons pu faire une étude comparative des lésions unguéales dans la P.C.E. et dans d'autres affections.

Nous considérons cette étude comme une base, un point de départ. En effet jusqu'ici elle ne permet pas de déductions diagnostiques ni pronostiques, non plus que de conclusion valable pour la conduite thérapeutique. Mais, quoique notre apport soit bien faible, nous espérons avoir utilement attiré l'attention sur les lésions unguéales et souhaitons que d'autres recherches plus poussées et plus complètes soient entreprises qui permettront d'interpréter les troubles unguéaux comme on sait interpréter bien d'autres documents que nous livre la clinique.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
COSTE

Vu et Permis d'Imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ARGY (W.-P.). — Arthritis comparison of cystine content of finger-nails with sedimentation reaction of blood. (*J.A.M.A.*, fév. 1935.)
- BACH (F.). — The Rheumatic Diseases, 1935, 436 p.
- BADIE. — Déformations des doigts et des mains dans les arthrites chroniques. (*Thèse*, 1939.)
- BISSET (A.-A.). — Study of the nail bed capillaries in Rheumatism. (*Lancet*, sept. 1932.)
- BOCAGE (A.). — Pathologie des ongles. (*Pratique Médico-Chirurgicale*, édition de 1931, tome VI.)
- CHARCOT (J.-M.). — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, 1874, 260 p.
- COMROE. — Arthritis and allied conditions, éd. de 1944, 1.359 p.
- Conférence Scientifique Internationale d'Aix-les-Bains, 1934.
- Congrès International de Cauterets, 1948.
- COSTE (F.). — La polyarthrite chronique évolutive. (*Précis de Pathologie Médicale*, tome VI; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Maladies des articulations.)
- DAVIS (E.). — Capillary microscopy with special reference to capillary petechiae. (*J. M. Sc.*, août 1946.)
- DEGLOS. — Etude sur le rhumatisme chronique déformant. (*Thèse*, 1907, 91 p.)
- DUBREUILH. — Maladies des ongles. (*Pratique Dermatologique*, t. III.)
- FORESTIER (H. et J.). — Orientations diagnostiques fournies par l'examen des mains des rhumatisants. (*Archives de Rhumatologie*, janv. 1937.)

- FRANÇON (F.). — Notes préliminaires sur l'état des phanères dans les rhumatismes chroniques. (*Archives de Rhumatologie*, oct. 1941.)
- Conférences cliniques de rhumatologie pratique, 1946.
- HERBERT (J.-J.). — Chirurgie et orthopédie du rhumatisme.
- KAHLMETER (G.). — Manuel pratique de rhumatologie, traduit du suédois par S. Söderlindh, revu par J. Forestier, 1949, 136 p.
- KERSLEY (D.). — The Rheumatic diseases, 1945, 120 p.
- LÉRI (A.). — Etude sur les affections des os et des articulations, 1926, 460 p.
- LÉVY-FRANCKEL. — Maladies des ongles. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Dermatologie, tome II.)
- MANGIN (H.). — Etude clinique et psychologique des ongles, 1946, 255 p.
- MARINESCO. — Le rhumatisme chronique. (*Nouveau Traité de Médecine*, éd. Masson, 1924, tome XXII.)
- MATHEY (J.). — Arthrites chroniques déformantes. (*Encyclopédie*, t. XV.)
- MESZAROS (K.). — Sur la tension des vaisseaux cutanés et des capillaires dans la polyarthrite chronique. (*Revue du Rhumatisme*, juillet 1937.)
- MOURIQUAND et MICHEL. — Le rhumatisme chronique. (*Traité de Pathologie Médicale*, éd. Maloine, 1922, tome XXIII.)
- PEMBERTON (R.). — Le rhumatisme chronique, formes, nature, traitement. Traduit par F. Françon, 1933, 408 p.
- PRON (L.). — Séméiologie unguéale. (*Courrier Médical*, 1934.)
- SIMONS (R.). — Stark Verzögertes Nagelwachstum und Braunfärbung der Nägel bei einem Rheumatiker nach Goldtherapie. (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1939.)
- SULLIVAN (M.-X.) et HESS (W.-C.). — Cystine content of finger nails in arthritis. (*J. Bone and Joint Surg.*, janv. 1934.)
- THOMSON. — Les maladies rhumatismales chroniques. Traduit par F. Françon, 1928, 220 p.